

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DU VOILE DU PALAIS DANS L'EFFORT

Par le Dr COUETOUX (de Nantes).

Dans de précédents articles j'ai étudié le rôle du voile du palais au point de vue de l'odorat, et je crois avoir pu établir que le simple relèvement du voile suffit à modifier le tracé du courant d'air et à transformer l'inspiration ordinaire en inspiration olfactive par dispersion des particules aériennes sur les surfaces sensitives spéciales de la muqueuse nasale.

Je viens aujourd'hui attirer l'attention sur le rôle du voile dans le phénomène de l'effort. — Les études récentes du Dr Joal sur le développement spirométrique du thorax à la suite de l'ablation de tout obstacle à la respiration nasale, l'étiologie nasale imposée à beaucoup de hernies par le Dr Freudenthal, recevront, je pense, de ces quelques considérations un complément désiré ! C'est qu'en effet, au premier abord, il semble assez étrange que la poitrine se développe beaucoup plus rapidement du fait de la liberté du nez, alors que l'orifice buccal permet une entrée et une sortie de l'air plus large. D'un autre côté les statistiques du Dr Freudenthal semblent avoir plus surpris que convaincu. La théorie que je viens proposer expliquerait toutes les assertions émises au sujet des hernies, et particulièrement leur moindre fréquence chez la femme.

Pour ne pas ergoter sur les mots, j'appellerai effort tout travail musculaire exigeant une fixation plus ou moins com-

plète des parois thoraciques, le travail des membres supérieurs se trouve tout particulièrement dans ce cas (Le Dentu). Puisque les hernies sont en grande partie produites par l'effort (au moins en tant que cause immédiate), provoquant l'abaissement du diaphragme et le refoulement des viscères abdominaux, nous serons plus au courant de leur étiologie si nous notons avec soin les modifications produites par l'obstruction nasale sur le mécanisme qui impose au thorax la fixité nécessaire. Cette fixité est généralement obtenue par le gonflement des poumons, par l'air grâce à un arrêt plus ou moins complet de ce fluide au niveau des voies supérieures. Dans certains cas elle ne me paraît obtenue que par l'action des muscles abdominaux fixés aux côtes inférieures. Ces deux modes doivent être étudiés séparément.

*Premier mode.* — Suivant M. Le Dentu (Dictionnaire de Dechambre), Bourdon et Cloquet ont les premiers établi la fermeture de la glotte pendant l'effort et constaté de plus l'ascension du larynx. Pour Krishaber, toute la partie supérieure du larynx se transforme pendant l'effort en un sphincter supérieur. On voit nettement la muqueuse des cartilages arythénoïdes se plisser, la base de l'épiglotte se porter en arrière et les replis thyro-arythénoïdiens ou cordes vocales supérieures se rapprocher jusqu'au contact.

Ce phénomène de l'occlusion est nécessaire à ce que Le Dentu appelle proprement l'effort. — Il est essentiellement favorable à la production des hernies, par refoulement maximum des viscères abdominaux.

Sans doute, dit Le Dentu, on doit noter un effort thoracique avec continuation de la respiration malgré la fixation du thorax. Il n'a guère lieu que dans des conditions spéciales, créées par un obstacle absolu à la fermeture des voies aériennes (fistules trachéales), ou par la nécessité de ménager l'écoulement de l'air (chant), ou par l'habitude qui apprend à faire de violents efforts sans arrêter la respiration.

Je pense qu'on voudra bien m'accorder que c'est au contraire l'effort ordinaire, avec obstruction incomplète de la glotte et fixité relative des parois thoraciques, qui est de beaucoup le plus fréquent. C'est celui que je pratique quand je

monte un escalier, quand je monte une côte sur un vélocipède, quand je fais remonter un canot au moyen d'une amarre contre le courant. Le Dentu lui-même nous cite le bœuf comme incapable d'occlure complètement la glotte; nous savons tous que c'est dans l'effort continu et non dans l'effort violent (dans ce que Le Dentu appelle proprement l'effort) que cet animal trouve l'utilisation la plus profitable de ses puissants muscles (halage).

J'ai pu remarquer sur moi-même, en m'adonnant à des exercices violents et prolongés, alors qu'il y avait obstruction de cavités nasales, par hypertrophie d'un cornet moyen, obstacle qui a été récemment énucléé, combien le mode de l'effort diffère avant ou après le passage libre des cavités nasopharyngiennes. Et l'observation m'a été d'autant plus fructueuse que j'étais atteint des inconvénients que Freudenthal attribue à l'obstruction nasale.

Quand le nez est obstrué, la respiration s'accentue, les lèvres font de temps en temps obstacle à la sortie de l'air, pour fixer le thorax, ou bien encore la langue se relève vers le palais; mais au bout de quelques expirations sur ce mode, la muqueuse de la bouche, des lèvres, de la langue se dessèche, l'air arrive directement pendant l'inspiration buccale vers le pharynx et y cause un sentiment de sécheresse plus ou moins douloureux; une seule ressource subsiste bientôt: il faut respirer rapidement, l'expiration ne pouvant plus être continue, et de temps en temps fermer la glotte, faire proprement effort (Le Dentu).

Si la cavité nasale est rétablie, tout change. Le nez aspire l'air qui arrive au pharynx et au larynx sans provoquer une sensation pénible. Pendant l'expiration, la langue appliquée sous le voile le soulève doucement, en le soutenant de toute sa masse: l'inspiration est ralentie de la sorte et le thorax soutenu sans être fixé complètement, et l'hématose se fait mieux par contact plus intime de l'air avec le poumon. — Pendant ce temps l'hyoïde s'est relevé vers la base de la langue, et si l'effort arrive à s'accentuer par trop, l'occlusion de la glotte avec modification de toute la région laryngienne se produit. Cette modification, nous l'avons vu, a été indiquée

par Krishaber, mais il a omis de noter l'occlusion incomplète produite par la langue soulevant le voile du palais. Or en quoi consiste cette habitude dont parle Le Dentu, qui nous conduit à faire de violents efforts sans arrêter la respiration? Elle consiste dans l'usage bien conduit du voile du palais. Voilà à quoi l'on dresse les jeunes recrues, en les invitant à respirer par le nez. Les caporaux se montrent ici d'excellents physiologistes.

Ainsi la liberté nasale permet l'action semi-obturatrice du voile, règle la respiration en augmentant la durée de l'expiration, et donne un point d'appui, par l'air contenu, à toute la cage thoracique. Elle permet le demi-effort, c'est-à-dire l'effort par le voile, l'effort continu, à la place de l'effort violent, par obstruction de la glotte, lequel est blessant pour les viscères et en cause facilement la hernie. — De plus elle agit au point du vue spirométrique en dilatant d'une façon continue les parois thoraciques, et ainsi s'expliqueraient les observations du Dr Joal.

Sans doute l'air est doué d'une grande rapidité lors de son passage en arrière du voile plus ou moins soulevé; c'est peut-être à cette action desséchante de l'air sur la région qu'est due l'extrême développement de la muqueuse et de ses glandes, développement dont l'hypertrophie constitue les végétations adénoïdes, et il faut aussi noter cette adaptation des organes qui fait que, pour refouler le voile, la langue se porte en haut, l'hyoïde s'élève, tous les muscles de la région pharyngolaryngienne sont ainsi prêts à faire tassemement pour le moment où l'occlusion glottique mettra toute l'action musculaire au maximum de puissance par immobilisation complète du thorax. Les cordes vocales supérieures donnent pendant ce phénomène un appui aux cordes vocales inférieures.

*Deuxième mode.* — Les modifications dues à l'obstruction nasale ne se limitent pas à la fatigue, à la gêne respiratoire. J'ai été frappé sur moi-même de la voussure que prenait la partie supérieure de la colonne vertébrale, après un certain temps de respiration uniquement buccale avec effort continu et modéré. Je ne puis m'expliquer ces faits que de la façon suivante :

La bouche, devenue bientôt impuissante, grâce à l'asséchement et à la gêne consécutive, ainsi qu'à la non-adaptation de l'organe à cet usage, peut être supplée par l'occlusion glottique pendant quelque temps. Mais dans l'effort continu il est inutile d'insister sur le fait que la respiration est trop active, trop fréquente pour que cette ressource subsiste long-temps. Et pourtant il faut bien que le thorax reçoive un certain degré de fixation, que l'effort se fasse avec les bras ou avec les jambes : monter un escalier, aller en vélocipède, etc. Dans ce cas, il me paraît que la voussure est due au besoin de fixer le thorax, non plus par ses muscles supérieurs, mais par les muscles abdominaux et appui sur les viscères refoulés : alors on constate que le ventre est tendu; le diaphragme à demi contracté ne permet que des aspirations incomplètes, ce qui diminue la mobilité du thorax et refoule les viscères qui donnent un point d'appui aux muscles abdominaux pour que ceux-ci fixent le thorax. Et voyez combien cette vilaine position devient une habitude : tous les spécialistes ont remarqué que l'ablation des végétations adénoïdes redressait la colonne vertébrale de beaucoup d'enfants, ce qui concorde avec les mesures spirométriques de Joal et s'explique par les deux raisons que j'ai dites. — Combien cette attitude, surtout quand on en recherche la cause, devient favorable à la production des hernies, puisque son but est non seulement le refoulement des viscères, mais encore leur appui même sur les parois abdominales.

Ainsi s'explique la statistique du Dr Freudenthal, et il faut s'entendre quand il nous dit que l'obstacle nasal favorise plus encore la hernie que l'effort. La femme nous semble moins souvent sujette aux hernies (ce que nous croyons absolument conforme à l'observation) pour cette raison toute simple que ses efforts sont très modérés, et il est rarement utile qu'elle les pousse jusqu'à l'obstruction de la glotte, même quand le nez n'est pas libre. Il lui suffit ordinairement d'accélérer sa respiration. Elle n'en souffre pas moins au point de vue du développement spirométrique, et la voussure doit l'atteindre aussi bien souvent ; je n'ai jamais observé dans quelle proportion.

Ces considérations augmenteront peut-être l'importance que l'on attache déjà à l'obstruction nasale, particulièrement par suite de végétations adénoïdes. Des médecins richement dotés par la nature de verve satirique ont critiqué avec beaucoup d'esprit l'importance attribuée à l'intégrité des fonctions nasales. Peut-être auraient-ils exercé ailleurs leur causticité si, au lieu de regarder l'obstacle autour duquel on a fait tant de bruit et qui est par lui-même à peine une lésion, ils avaient considéré que cette lésion insignifiante ne va à rien moins qu'à modifier et altérer profondément l'une de nos plus importantes fonctions, la respiration; à changer toutes les transformations que subit l'organisme dans son adaptation à l'exercice musculaire, si nécessaire au développement de l'enfant. Si maintenant on me reproche d'avoir émis les précédentes assertions sans les établir sur des bases scientifiques, je répondrai que sur ces questions nous manquons même d'hypothèses plausibles et que l'observation modifiée par l'expérience (ici l'exercice musculaire) est un procédé scientifique dont la pathologie confirme les conclusions.

Lorsque l'attention se portera sur ces études, nous pensons que les procédés photographiques, qui s'y appliqueront sans doute utilement, confirmeront quelques-unes de nos conclusions.

## II

### NOUVELLE PINCE LARYNGIENNE ANTÉRO- POSTÉRIEURE A FENTE MÉDIANE

OBSERVATION DE POLYPE LARYNGIEN ENLEVÉ A L'AIDE DE  
CETTE PINCE (1)

Par le Dr Ferdinand SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers).

La pince laryngienne est d'origine relativement récente. Elle suivit de près l'apparition de l'utile instrument qui permit d'explorer *de visu* l'appareil vocal de l'homme : j'ai

(1) Communication faite à la Société française d'otologie et de laryngologie dans la séance du 5 mai 1891.

nommé le laryngoscope, inventé par le professeur Jean Czermak (de Pesth) dans l'hiver de 1857-1858.

Avant cette époque, les polypes du larynx n'avaient guère été constatés que dans quelques rares autopsies et n'étaient, pour ainsi dire, pas encore officiellement reconnus en médecine ; aussi n'était-il point question de les arracher. Il va sans dire que, pour n'avoir pas encore d'état civil médical, ces tumeurs n'en existaient pas moins, ou plutôt ne s'en portaient que mieux : c'était le bon temps.

Mais vint le laryngoscope, et, sitôt qu'avec son miroir scrutateur il eut mis à découvert ces excroissances cachées, on s'occupa de les détruire par tous les moyens possibles : qui par les cautérisations, thermiques, chimiques, galvaniques; qui par les couteaux ou les guillotines, qui par les polypotomes, écraseurs ou serre-nœuds; qui par les pinces. Nous allons passer en revue ces derniers instruments, en nous restreignant toutefois aux pinces qui servent à l'arrachement, sans rien dire de celles qui ont pour objet le racclage des cordes vocales.

Les pinces laryngiennes peuvent se diviser en trois types principaux : A) les pinces à branches latérales, ou simplement à mors latéraux ; B) les pinces antéro-postérieures ; C) les pinces tubulaires.

A) Les pinces latérales ont été, semble-t-il, les premières employées. Dans ce groupe, nous trouvons celles de Fauvel, de Mackenzie, de Tobold et de Mathieu. La première est fabriquée d'après une courbure spéciale, que chacun de nous connaît, plus prononcée que celle de la seconde ; toutes deux, abstraction faite de l'arc de courbure, sont repliées à angle droit ; tandis que la pince de Tobold, très ouverte, fait un angle d'environ 135 degrés. Quant à la pince latérale de Mathieu, elle est formée de deux branches glissant l'une sur l'autre ; un système d'articulation, basé sur le parallélogramme, transforme, tout près des mors, ce mouvement propulseur en mouvement latéral ; comme angle, ce modèle est un peu plus ouvert que celui de Fauvel.

La pince latérale présente l'avantage de laisser accessible à la vue le champ opératoire et la tumeur à saisir ; elle per-

met en outre de déployer une assez grande force. Mais, en raison de la direction latérale de son jeu, il n'est pas toujours possible de l'employer, du moins facilement, comme lorsque, par exemple, la tumeur est implantée sur le bord ou au-dessous des cordes vocales; dans ce cas, le mouvement antéro-postérieur est plus favorable.

B) Comme les précédentes, la plupart des pinces antéro-postérieures permettent aussi de déployer beaucoup de force; en outre, la direction de leurs mors se prête généralement mieux à la préhension de la tumeur, quel que soit son plan d'implantation. Mais cet avantage est balancé par un grand inconvénient, ce genre de pinces masquant à l'œil du chirurgien le néoplasme et le champ opératoire; ce reproche peut du moins s'adresser à toutes celles qu'on a inventées jusqu'à ce jour. C'est à ce défaut que nous avons remédié dans la construction de notre instrument.

Les modèles de pinces antéro-postérieures sont plus nombreux que ceux de pinces latérales, ce qui semblerait témoigner en leur faveur. Il y a ceux de Fauvel, de Mackenzie, de Cusco, de Mathieu, de Mandl, de Krishaber, de Gouguenheim, de Störk, de Fraenkel, de Ruault, d'Aubry, de Luér, de Durham, de Jurasz, de Jurasz et Gottstein, de Scheinmann, et d'autres encore, sans aucun doute. La plupart forment un angle légèrement supérieur à 90 degrés.

Parmi ces pinces, les unes sont à articulation unique et à branches d'une seule pièce; d'autres, à articulation triple, comportant ou non une sorte de petite biellette; une troisième variété, à courbure spéciale, très légère mais moins forte, est constituée par deux branches glissant l'une sur l'autre. Le système d'articulations multiples a l'inconvénient de diminuer la force des pinces, et surtout de produire un mouvement inégal et de même sens des mors, ce qui nuit à la précision du mouvement; tandis qu'avec l'articulation simple, les branches étant chacune d'une seule pièce, l'instrument est plus solide et mieux équilibré, le mouvement plus sûr; en outre, les deux mors convergent l'un vers l'autre, et d'un mouvement égal, ce qui rend bien plus facile la préhension de la tumeur.

C) Les pinces tubulaires sont surtout en faveur en Allemagne et en Autriche, et les modèles en sont assez nombreux. Je citerai ceux de Türk, de Bruns, de Fauvel, de Mathieu, de Stærk, de Schröetter, de Mackenzie, de Tobold, de Krause, de Krause-Tornwaldt, de Bœker, de Gottstein, etc. Elles ont l'avantage de pouvoir agir non seulement dans les deux sens, latéral et antéro-postérieur, mais encore dans tous les sens intermédiaires, au gré de l'opérateur. Mais elles développent, en général, moins de force, et certaines même ne peuvent, pour cette raison, donner de bons résultats. Remarquons encore que le fil glissant dans la canule finit par s'oxyder et peut se rompre pendant les efforts de traction : d'où, pour certains instruments du moins, la chute des mors dans la trachée et accidents consécutifs.

Dans la plupart de ces pinces, c'est le tube formant gaine qui est mobile ; dans quelques autres, comme dans les instruments de Stærk et de Schröetter, la canule est fixe, tandis que les mors se meuvent, mais, en se refermant, s'éloignent de la tumeur. C'est là un défaut notoire, ajoutant à l'opération une difficulté de plus, que l'on parvient toutefois à vaincre par l'habitude.

Pour ma part, préférant, entre ces divers genres d'instruments, les pinces antéro-postérieures, je m'en sers depuis longtemps dans presque tous les cas de polypes laryngiens.

Cependant, les modèles existants ne répondaient pas bien à mes désiderata, et je ne m'en servais que faute de mieux, me réservant de les perfectionner si possible.

Déjà, en mai 1888, ayant à enlever un petit polype implanté au milieu et sur le bord inférieur de la corde vocale droite, et l'instrument pinçant la corde gauche, j'eus l'idée d'en limer les bords correspondants, ce qui me permit d'enlever la tumeur sans craindre de blesser la corde saine, ainsi qu'en le verra par les détails de l'observation rapportée plus loin à titre de document.

Cette petite modification, qui nécessite l'emplette de deux modèles, un pour la droite, un pour la gauche, était un premier progrès dans cet ordre de recherches. Restait à

corriger le plus grand défaut de la pince antéro-postérieure, ce que j'appellerai « l'occultation » du champ opératoire. Jusque-là, dans ma pratique, j'avais pallié l'inconvénient en inclinant la pince à droite ou à gauche, suivant le cas, de manière à ménager, dans l'angle des mors entr'ouverts, un accès à la vision. Mais cela laissait beaucoup à désirer, et je cherchais à faire mieux.

Ce que je rêvais de créer, c'était un modèle antéro-postérieur qui n'eût pas, comme tous ceux du même groupe, le grave défaut de masquer le champ opératoire jusqu'au moment précis où il importe le plus de le bien voir.

Quoique le problème semblât, de prime abord, impossible à résoudre, je me mis résolument à l'œuvre, pendant mes moments de loisir. Après divers projets successivement rejetés, je m'arrêtai enfin à celui d'une pince dont les branches et les mors présenteraient une longue fente médiane antéro-postérieure.

Mais la mise à exécution de cette idée n'était pas chose facile et ne pouvait être confiée au premier venu. Heureusement, le hasard, bon prince parfois, me servit à souhait en cette circonstance. En effet, ayant tout dernièrement à opérer une tumeur laryngienne chez un jeune homme, et les diverses pinces essayées ne me donnant pas entière satisfaction, je laissai échapper quelques mots de mon projet d'instrument ; or il se trouva que mon jeune client était un intelligent et habile ouvrier mécanicien. Je lui exposai mon plan, qu'il saisit très bien, et lui en confiai l'exécution.

Je dois vous dire que l'instrument ne fut pas réussi du premier coup. Ce ne fut qu'au bout de trois essais consécutifs que je pus obtenir une pince réalisant bien mes desiderata. En effet, un premier modèle, fendu aussi dans le sens antéro-postérieur, mais seulement sur une longueur de 3 centimètres à partir de l'extrémité coupante, ne répondant pas à mon espoir, j'en fis faire un second, fendu sur une longueur de 8 centimètres, soit jusqu'à la moitié de l'arc de courbure ; ce modèle laissant encore à désirer, j'en fis fabriquer un troisième, fendu de 4 centimètres de plus, soit jusqu'à l'extrémité opposée de l'arc, c'est-à-dire jusqu'au

raccord de cette courbe avec la portion droite extra-buccale.

C'est ce dernier modèle que j'ai l'honneur de vous soumettre. Avant de vous le présenter, j'ai tenu à savoir, avec la plus grande certitude possible, s'il n'existe pas déjà quelque modèle construit sur le même principe. Les recherches auxquelles je me suis livré dans ce but, et qui m'ont amené à passer en revue les principaux modèles de pinces laryngiennes, me permettent de répondre à cette question par la négative.

Voici la description de mon instrument :

C'est une pince antéro-postérieure et à fente médiane de



même sens : tel est le principe sur lequel repose sa construction, et qui la distingue des pinces du même groupe.

Cette fente caractéristique, large de 3 millimètres, se continue sur une longueur de 12 centimètres 1/2, depuis l'extrémité des mors jusqu'à la limite externe de l'arc de courbure, ce qui permet à l'œil du chirurgien l'accès du champ opératoire à tous les temps de l'opération. L'instrument réunit donc à la fois les avantages de la pince latérale et ceux de la pince antéro-postérieure.

Le modèle que vous avez sous les yeux et que je soumets à votre appréciation est formé de deux branches courbées sous un angle d'environ 87 degrés, articulées en deux points, à 7 et 3 centimètres de côté et d'autre du milieu de la courbe, et dont l'une est engagée dans l'autre sur la moitié de sa longueur.

La branche enveloppante, faite d'une seule pièce, est fendue sur une longueur de 18 centimètres 1/2, soit depuis l'extrémité laryngienne jusqu'à 1 centimètre 1/2 au delà du principal point d'articulation, situé dans la portion extra-buccale.

La branche enveloppée, légèrement coudée en ce point, est formée de deux pièces articulées entre elles, 4 centimètres plus loin vers la courbe, à l'aide d'un rivet-curseur glissant dans une rainure et faisant en quelque sorte bielle. C'est à partir et près de cette articulation interne que la partie pharyngo-laryngienne de cette branche est fendue, et ce sur une longueur de 12 centimètres 1/2. Ainsi assemblées, les deux parties de la branche s'engagent dans la première et sont articulées avec elle en deux points, comme nous l'avons dit.

L'articulation principale et extra-buccale est faite d'une vis pleine et n'a rien de particulier. Mais il n'en est pas de même de la seconde, située dans la partie pharyngo-laryngienne de l'instrument. Comme une vis traversière aurait gêné la vue, on a tourné la difficulté en articulant séparément les parois correspondantes et en contact des deux branches fenestrées.

Mettant à profit l'amélioration que j'avais apportée, dès 1888, au fonctionnement des mors, j'ai fait faire deux exemplaires de mon modèle: un pour la droite et un pour la gauche.

Telle est ma pince laryngienne à fente médiane antéro-postérieure. Le modèle à triple articulation est un peu compliqué, et j'ai pensé qu'il gagnerait à être simplifié dans ses détails. Je viens précisément d'en faire faire un nouveau, toujours sur le même principe, mais à articulation unique au milieu de l'arc de courbure, à branches rentrantes d'une seule pièce chacune et plus largement fendues.

Ce nouveau modèle, qui n'a été prêt qu'au dernier moment, et que par conséquent je n'ai pu encore mettre à l'épreuve pratique, présente, outre l'avantage d'une plus grande simplicité, celui d'être plus solide, mieux équilibré et plus favorable à la vision ; enfin, il a encore celui d'entraîner un mouvement égal et convergent des mors. En résumé, force et précision, facilité de vision et de préhension plus grandes encore, telles sont les qualités de cette nouvelle pince laryngienne antéro-postérieure, qui pourra rendre à la chirurgie du larynx de très utiles services.

### OBSERVATIONS

I. — Voici d'abord, à titre de document, le cas relatif à ma première modification de la pince laryngienne.

M. l'abbé Fronteau, curé de Champceau (Maine-et-Loire), vient à ma consultation le 31 mai 1888. Il me raconte que depuis un an il est atteint d'un enrouement, lequel, intermittent d'abord, a fini par devenir permanent et assez fort pour le gêner dans l'exercice de ses fonctions.

Le malade jouit d'une bonne santé habituelle et n'est sujet ni aux rhumes ni aux bronchites ; ses antécédents héréditaires et personnels n'accusent rien qui soit digne d'être signalé. Les divers traitements qu'il a suivis depuis un an pour son mal de gorge n'ont amené aucune amélioration.

A l'examen laryngoscopique, très mal supporté, je constate la présence, sur la corde vocale droite, d'un petit polype qui n'est visible que par instants, à cause de l'excessive sensibilité de la gorge, persistant même après l'emploi de la cocaïne. Je conseille l'usage de gargarismes bromurés, et dans des séances multipliées j'habitue peu à peu le malade au contact des instruments.

Au bout de huit séances, il est suffisamment préparé. Je peux remarquer alors que le polype, qui est gros comme un grain de mil, est implanté au milieu et sur le bord inférieur de la corde vocale, de telle sorte que, pendant la phonation, il est presque invisible.

J'essaye d'en faire l'ablation avec la pince antéro-postérieure de Mathieu. Mais toujours il échappe à la préhension, tandis que la corde vocale gauche est pincée entre les mors de l'instrument. Ce que voyant, j'en ai limé les bords gauches pour pouvoir agir entre les cordes vocales au moment de l'adduction, sans craindre de blesser la corde saine.

Le lendemain, 29 juin 1888, après cocainisation, j'y introduis la pince fermée ; lorsqu'elle est au niveau de la glotte, je l'ouvre en l'appliquant contre la commissure antérieure et la corde droite ; la glotte se contracte, je ferme la pince et le polype est prestement arraché.

Immédiatement après l'opération, la voix redevient claire, et le malade part très satisfait, après m'avoir fait entendre par deux fois, à titre d'essai, des vocalises qu'il émet d'une voix pleine, vibrante et pure.

II et III. — Depuis sa création, le modèle que vous avez sous les yeux m'a servi dans deux cas : d'abord pour enlever la tumeur à large implantation que portait mon jeune et aimable fabricant sur la corde vocale gauche, et une seconde fois chez un autre client, pour l'ablation d'un polype situé au-dessus des cordes vocales et dont le tiers supérieur seul était visible au moment de la phonation.

Voici cette dernière observation, dont je vous fais passer le corps du délit.

M. X..., âgé de 34 ans, au service de M<sup>me</sup> la baronne de X..., me fut envoyé le 27 novembre 1890 par sa maîtresse, qui me priait d'examiner le larynx du malade, car depuis trois ans il était toujours enroué, et dernièrement était devenu presque aphone, ce qui faisait craindre à cette dame une affection tuberculeuse, dont elle redoutait la contagion pour son enfant.

Dès l'entrée du suspect tuberculeux dans mon cabinet, sa superbe apparence de santé ne me semble guère d'accord avec les craintes exprimées par sa maîtresse. Un examen général me confirma dans ma première impression, et l'examen laryngos-

copique vint finalement la corroborer : le malade était atteint d'aphonie symptomatique d'un polype.

La tumeur, grosse comme un petit pois, était située au niveau de la face inférieure de la corde vocale gauche. Comprimée, pendant la phonation, entre les deux cordes vocales, qui cherchaient en vain à se juxtaposer, elle ne laissait voir qu'un petit segment de sa surface.

A plusieurs reprises, je tentai, après cocaïnisation, l'arrachement de la tumeur, et dans ce but je pris, quittai, repris successivement la pince latérale de Fauvel, les pinces antéro-postérieures de Cusco, de Ruault, de Mathieu. Ces tentatives n'eurent aucun succès : avec telle pince, l'opération échouait par défaut d'adaptation de l'instrument; avec les autres, par défaut de précision dans le mouvement, puisque au dernier moment, lorsque, après avoir bien vu le polype, j'arrivais sur lui pour le saisir, l'épaisseur de l'instrument me cachait le champ opératoire; et à vouloir finir quand même l'opération, il eût fallu faire l'excision à l'aveuglette.

C'est alors que j'eus recours à ma pince fenestrée, qui me permit enfin de saisir le polype et d'en faire l'ablation. Avec elle, ayant le libre accès du champ opératoire, j'étais sûr de mon mouvement, sûr enfin de la préhension et de la section du polype, puisque à l'instant même je le voyais niché dans la cavité des cuillères tranchantes.

Inutile d'ajouter qu'immédiatement après l'opération la voix de mon client, quoique légèrement voilée encore, reprénaît son timbre normal; que huit jours après elle était absolument pure, et, finalement, que depuis ce temps toute trace d'enrouement a disparu.

### III

#### CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES STÉNOSES NASALES

Par le Dr C. ASTIER (1).

Les sténoses nasales continuent à être d'autant plus à l'ordre du jour qu'on leur attribue une influence sans cesse

(1) Travail envoyé au mois d'août 1891.

croissante sur des phénomènes éloignés : pharyngites, laryngites, asthme, œsophagisme, etc. Rien de plus naturel dès lors qu'on recherche des traitements de plus en plus rapides et de plus en plus radicaux à leur opposer.

Depuis deux ou trois ans, ces traitements ont été nombreux. Après avoir essayé la plupart d'entre eux, nous en étions restés pendant longtemps à l'usage de la gouge, quand, il y a dix mois, la pensée nous vint de nous servir d'une méthode qui l'emporte sur tous les autres instruments par la rapidité et la sûreté avec lesquelles elle permet d'agir.

J'en fais maintenant un usage journalier, et tous les jours je m'en loue davantage.

Cette méthode consiste, d'une façon générale, dans l'emploi d'une fraise mise en mouvement par un tour lui imprimant une rotation très rapide.

La partie intéressante de l'appareil est la fraise, à l'aide de laquelle on attaque le cornet ou la crête qu'on veut enlever. Elle est constituée par un tambour haut de 15 millimètres; le bord libre de ce tambour est en dents de scie; l'autre bord se continue par une tige de 9 centimètres qui vient s'adapter à l'extrémité du ressort en boudin d'un tour, dans le genre de celui dont se servent les dentistes, dit tour à dents.

Au début, deux larges yeux étaient percés de chaque côté du tambour pour laisser échapper les débris osseux ou cartilagineux à mesure qu'ils pénétraient dans la fraise: c'était insuffisant, l'appareil s'engorgeait trop rapidement; je fis alors supporter le tambour par deux branches de 12 à 15 millimètres, sorte de fourche venant rejoindre la tige. De la sorte, lorsque le bord tranchant de la fraise entre dans la crête ou le bord du cornet, les parties détachées trouvent une issue facile à travers le tambour, qui peut pénétrer dans toute la longueur de la fosse nasale.

Donc, voici l'appareil constitué : une fraise animée d'un mouvement rapide de rotation, fixée à l'extrémité d'un ressort à boudin, si facile à manier dans tous les sens, d'un tour à dents.

La manière d'opérer est simple. Après avoir bien nettoyé

les fosses nasales à l'aide d'une copieuse injection d'eau boriquée, on place le spéculum de façon à bien découvrir la crête qu'on veut enlever. On fait un badigeonnage de co-caine. Le tour étant alors mis en marche, on prend comme une plume à écrire la pièce à main dans laquelle est insérée la fraise en mouvement qu'on applique sur l'extrémité antérieure de la crête. On pousse l'instrument d'avant en arrière tant qu'on sent de la résistance. Bien entendu, il y a quelques précautions à prendre pour ne pas pénétrer dans la fosse nasale voisine ou dans le pharynx.

Le ressort du tour à dents est si maniable qu'on peut, avec ces fraises, suivre les courbes des crêtes de la cloison, enlever ce qu'on veut d'un cornet : on peut, en quelque sorte, sculpter à volonté les parties hypertrophiées.

L'action de la fraise est très rapide : l'opération dure à peine quelques secondes. Dès qu'on retire l'instrument, du sang s'échappe de la fosse nasale en assez grande abondance, quelquefois très peu, ordinairement pas mal. Un solide tampon d'ouate boriquée, fortement poussé dans la fosse nasale à l'aide d'un stylet et laissé en place un moment, arrête cette hémorragie. Lorsqu'on a retiré le tampon d'ouate, on bourre la narine avec de la gaze salolée ou salicylée. Il faut renouveler le pansement et faire pratiquer des injections désinfectantes tous les jours.

J'ai fait faire des fraises de diamètres différents de 4 à 9 millimètres. Celle qui me paraît la plus commode, c'est-à-dire qui répond au plus grand nombre d'indications, mesure 6 millimètres; celle dont je me sers le plus souvent pour les crêtes de la cloison a 5 millimètres; pour les cornets, un diamètre un peu plus grand est préférable, car il faut toujours agir largement : j'ai même fait usage d'une fraise de 1 centimètre de diamètre pour créer une cavité dans une narine absolument obstruée par hypertrophie des cornets, crêtes de la cloison, adhérences des parois, etc.

Depuis dix mois que j'emploie cette méthode, j'ai fait plus de deux cents opérations sans avoir jamais eu l'occasion d'observer aucun accident. Une seule fois j'ai eu une hémorragie qui s'est renouvelée à plusieurs reprises pendant une

semaine. J'ai su le lendemain de l'opération que le malade était un hémophilique avéré, et j'avais eu le tort de ne pas m'enquérir à temps de ses antécédents. Du reste, ces épistaxis n'ont eu aucune suite.

Assez souvent, au moment de l'enlèvement d'une crête de la base de la cloison, les malades accusent une douleur aiguë dans les incisives : ce n'est que momentané.

Comme réaction inflammatoire, je n'en ai jamais observé la moindre trace. Les lavages et pansements antiseptiques mettent à l'abri de tout accident de cette nature.

Modification rapide d'une affection qui demande souvent des mois de soins assidus, grande célérité d'exécution, tels sont les avantages de cette nouvelle méthode de traitement des sténoses nasales.

---

#### SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

COMPTÉ RENDU PAR LE DR A. KRAKAUER

---

Séance du 17 juillet 1891.

Présidence de M. B. FRAENKEL.

M. DEMME. — *Sur l'ozène.* — A l'exemple de Fraenkel, l'auteur sépare l'ozène de la rhinite atrophique simple, et considère seulement l'odeur comme caractéristique du processus de l'ozène, car il ne lui est jamais arrivé de voir la transformation d'une rhinite atrophique simple en ozène fétide même dans les cas où, à dessin, il n'institua aucune thérapeutique. Il a observé fréquemment la transformation des hypertrophies de la muqueuse nasale en atrophies, de sorte qu'il regarde la rhinite hypertrophique et la rhinite atrophique comme des stades différents du même processus. Ses recherches cliniques et anatomiques reposent sur plus de 200 cas.

En ce qui concerne l'étiologie de l'ozène, Demme n'adopte pas la théorie émise par Berliner au X<sup>e</sup> congrès international,

d'après laquelle l'hypertrophie toujours existante du cornet moyen cause l'atrophie par la compression des vaisseaux, parce que, comme Kayser l'a fait remarquer, la plupart du temps les gros polypes devaient produire le même effet, ce que contredit l'expérience clinique. L'hypertrophie du cornet moyen se rencontre du reste exceptionnellement aussi bien dans la rhinite atrophique simple que dans l'ozène. Enfin, il semble que la pression du côté opposé détermine plus facilement une atrophie du cornet hypertrophié qu'ailleurs sur la muqueuse.

Demme croit que l'odeur doit être attribuée à l'influence de bactéries qui amènent la décomposition des sécrétions stagnantes, mais que les bactéries ne sont pas la cause, mais l'accident. Il attribue la cause à la conformation de la cavité nasale.

Rosenfeld a présenté au X<sup>e</sup> congrès international la généalogie de toute une famille d'ozéneux, et il a conclu que souvent l'ozène était congénital. Depuis, Demme, quand c'était possible, a examiné tous les membres des familles de ses malades, et il a observé chez les ozéneux la conformation caractéristique, qui consiste en un dos du nez large et ensellé, tandis que les membres sains de la famille ne présentaient pas cet aspect. Il ne croit pas, d'après ceci, que l'ozène soit congénital, mais qu'il est certainement une disposition mécanique. L'examen microscopique de parcelles de muqueuses extraites du cornet inférieur donna pour l'ozène les mêmes résultats que pour la rhinite atrophique simple. Demme n'a pas observé le manque presque complet des glandes (Seifert). Il considère le pronostic comme moins mauvais que la plupart des auteurs antérieurs. Il s'est servi, pour ses recherches, d'une série de malades qui ne pouvaient venir tous les jours et qu'il a traités au moyen d'insufflations et de pulvérisations. Demme croit que les pulvérisations antiseptiques, si réputées, ne donnent pas plus de résultat que les pulvérisations d'eau claire. Les insufflations de poudre pénètrent rarement dans les parties étroites du conduit nasal et nuisent parfois en séchant. A toutes les poudres qui contiennent de l'iode, Demme préfère l'aristol et l'europhen. L'emploi de la pyoctanine au moyen de la sonde fut souvent écarté à cause de la malpropreté, et il était d'ailleurs peu utile.

L'auteur a obtenu les meilleurs résultats du massage, que Michel Braun a, le premier, décrit et employé, et qu'il a combiné avec l'usage d'une pommade appliquée au moyen d'un tam-

pon d'ouate serré autour de l'extrémité d'une sonde. Cette pommade était composée de lanoline et de pyoctanine à 20 0/0. Les applications, qui, pour chaque fosse nasale, duraient une demi-minute, étaient quotidiennes. Demme obtint ainsi dans 10 cas la disparition complète de l'odeur et presque totale des croûtes ; l'augmentation de volume des cornets dut être réduite plusieurs fois au moyen du galvano-cautère. Parfois une angine se déclara après le premier massage.

#### *Discussion.*

M. KRAKAUER est d'avis que le nom d'ozène soit supprimé. Tous les auteurs, même M. Demme, sont d'accord sur l'identité du processus anatomic avec celui de la rhinite atrophique simple. En général, il importe que le principe désigne les maladies au point de vue anatomo-pathologique ; jamais un seul symptôme, si désagréable qu'il soit que la fétidité, ne doit servir pour la dénomination.

Si M. Demme regarde l'odeur seule comme l'essence de l'ozène, il devrait aussi ranger les processus nécrotiques, tuberculeux et syphilitiques sous le nom d'ozène. Même dans la rhinite hypertrophique, il apparaît parfois une rétention, des sécrétions et de la fétidité. Pour cette raison, on devait faire la division de rhinite atrophique simple et de rhinite atrophique fétide.

M. FRAENKEL conseille de ne pas modifier la nomenclature. A côté de la nomenclature anatomo-pathologique, on s'efforce d'en faire une étiologique, et bien qu'il ne soit pas certain que l'on y réussisse à isoler un coccus comme cause unique de l'ozène, pourtant le fait est possible. Il a reconnu la similitude de l'aspect anatomo-pathologique.

M. P. HEYMANN a eu les meilleurs résultats relatifs des insufflations d'aristol. Il est peu partisan des douches nasales.

M. KRAKAUER a déjà insisté sur sa manière de voir contre la douche nasale à la section otologique du X<sup>e</sup> congrès international à propos d'une communication du professeur Guye ; mais il croit que, vu l'état de détresse actuel de la thérapeutique de l'ozène, les pulvérisations antiseptiques, surtout dans la poly-clinique, ne peuvent pas être entièrement supprimées, parce qu'elles écartent le symptôme le plus désagréable, la fétidité. Au surplus, Krakauer est partisan absolu du tamponnement de Gottstein, qui repose sur un principe vrai et qui, lorsqu'il est

bien appliquée, donne d'excellents résultats. En outre, il fait de temps en temps des insufflations d'aluminium acéto-tartrique.

M. SCHEIER. — *Sur le sarcome lingual.* — La littérature ne renferme que 12 cas de cette affection ; l'auteur en a observé un treizième.

La tumeur avait d'abord été traitée par des cautérisations interstitielles. Elle siégeait sur la base de la langue et profondément. C'est seulement à la troisième tentative d'extraction que l'on fut certain du diagnostic. Opération après section du maxillaire inférieur ; la tumeur ne put être enlevée en entier, mais la surface totale de la plaie fut cautérisée au moyen du Paquelin. Guérison sans réaction. Au bout de cinq semaines, récidive. Seconde opération. Le malade, âgé seulement de 28 ans, mourra probablement bientôt. La tumeur, ainsi que la récidive, était un sarcome à petites cellules rondes. Scheier parle ensuite de la pathologie et du diagnostic différentiel du sarcome de la langue.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

---

**Leçons sur les maladies du nez et de la gorge**, par Ch. E. SAJOUS.  
(Duvis, éditeur. Philadelphie, 1889.)

Nous avons sous les yeux deux exemplaires du livre de Sajous : l'un est de 1886 et porte en tête 3<sup>e</sup> mille ; l'autre, de 1889, avec la mention 9<sup>e</sup> mille. C'est dire le succès de l'ouvrage qui s'est débité au chiffre de six mille dans trois années seulement.

Ces deux exemplaires ne diffèrent pas sensiblement l'un de l'autre, c'est là peut-être le principal reproche que l'on pourrait faire à l'auteur, étant donnés les progrès accomplis depuis trois années.

Quoi qu'il en soit, l'œuvre de Sajous montre la vogue qu'elle a obtenue et forme un exposé très pratique des affections du nez, du pharynx et du larynx.

**Nez.** — L'auteur décrit d'abord les moyens d'éclairer les cavités avec les instruments dont il se sert, soit qu'il les ait inventés ou modifiés ; puis l'anatomie et la physiologie du nez, la rhinoscopie antérieure et postérieure, les instruments en

usage pour nettoyer ou panser les cavités nasales et les divers agents thérapeutiques employés.

Après ces préliminaires, l'étude pathologique des affections nasales commence par les

- Rhinites aiguë,
- chronique simple,
- hypertrophique,
- atrophique.

Cette dernière est pour Sajous un résultat *occasionnel* de la

- Rhinite hypertrophique,
- syphilitique,
- scrofuleuse,

qui est pour l'auteur le synonyme d'ozène.

Puis vient l'exposé des tumeurs des cavités antérieures, les maladies de la cloison (déivation, hématome, abcès, infiltration). Sajous, à propos des déviations, fait remarquer que l'opinion de Bryson Delavan, qui en donne pour cause une rhinite hypertrophique, doit être renversée, et qu'au contraire cette rhinite en est plutôt le résultat.

Parmi les névroses nasales, l'auteur décrit la rhinite hyperesthétique périodique ou asthme des foins. Il y distingue trois facteurs : 1<sup>o</sup> un irritant externe; 2<sup>o</sup> une prédisposition; 3<sup>o</sup> un point sensible ou vulnérable par lequel l'action de l'irritant se transmet à l'organisme. Il existe plusieurs points sur la muqueuse qui constituent des *area* d'où part l'irritation; d'où le traitement par la cautérisation de ces points.

L'épistaxis, les corps étrangers, les rhinolithes, les larves de mouches sont ensuite étudiés.

Sous le titre de maladie de la cavité nasale postérieure, l'auteur décrit la pharyngite nasale postérieure aiguë, chronique et hypertrophique. Cette dernière est synonyme de végétations adénoïdes.

L'étude des affections nasales se termine par celle des polypes naso-pharyngiens.

*Pharynx.* — Après l'exposé de l'anatomie et de la physiologie du pharynx, du voile du palais et des amygdales, l'auteur décrit la pharyngoscopie et expose l'instrumentation et la thérapeutique employée.

Il divise les pharyngites en sept classes :

- Pharyngite aiguë,
- chronique simple,
- folliculaire,

## Pharyngite membranuse,

- atrophique,
- tuberculeuse,
- syphilitique.

Dans cette classification, la pharyngite membranuse est synonyme d'herpès pharyngien et de pharyngite diphléritique; c'est la pharyngite croupueuse des auteurs étrangers, qui confondent les exsudats entre eux, quelle qu'en soit la cause, erreur qui ne saurait exister en France.

Sajous décrit ensuite les abcès rétro-pharyngiens, les tumeurs du pharynx, la paralysie du pharynx et les corps étrangers qu'on y rencontre.

Il termine cette partie par l'amygdalite, l'hypertrophie amygdalienne, le relâchement du voile du palais et de la luette.

*Larynx.* — L'étude du larynx forme la troisième et dernière partie de l'ouvrage. Après l'exposé succinct de l'anatomie et de la physiologie de l'organe, l'auteur décrit la laryngoscopie et la thérapeutique laryngienne.

Les affections laryngiennes sont classées ainsi qu'il suit :

## Laryngite subaiguë,

- aiguë,
- chronique,

## Œdème du larynx,

## Laryngite tuberculeuse,

- syphilitique,

## Névroses,

## Paralysie motrice,

## Aphonie hystérique,

## Spasme de la glotte.

Enfin, l'auteur termine par l'étude des tumeurs du larynx et la description des principales opérations que l'on y pratique.

En résumé, l'ouvrage de Sajous est un bon exposé pratique qui peut être très utile à ceux qui commencent l'étude des maladies du nez et de la gorge; il s'adresse aux étudiants. De nombreuses figures très bien faites sont intercalées dans le texte et plusieurs planches coloriées achèvent de le rendre digne d'un succès très mérité.

DR HAMON DU FOUGERAY.

**Maladies du nez et de ses cavités accessoires**, par SPENCER WATSON. (Lewis, éditeur, 2<sup>e</sup> édition. Londres, 1890.)

Cette seconde édition du livre de Spencer Watson nous

paraît être d'une réelle valeur. C'est un ouvrage où se trouvent exposés très clairement les diverses affections du nez et de ses cavités accessoires, et le plan suivi par l'auteur, bien que toute classification soit sujette à la critique, est de ceux qui sont faciles à retenir. A ce point de vue nous ne saurions trop en recommander la lecture à ceux qui veulent se mettre promptement et facilement au courant de la pathologie nasale. Ce n'est pas une des moindres qualités du livre que cette exposition claire et succincte de tout ce qui a été écrit sur ce sujet, le tout aidé par plus de quatre-vingts gravures très soignées.

L'auteur débute par un bon exposé de l'anatomie et de la physiologie du nez. Puis viennent les méthodes de nettoyage avant la rhinoscopie, les procédés de rhinoscopie antérieure et postérieure et les signes tirés de la sténose du nez, de sa fétidité et des produits excrétés.

Les rhinites sont étudiées sous neuf formes différentes :

Catarrhe simple,

Catarrhe chronique post-nasal, qui porte aussi le nom de maladie des glandes naso-palatines (Andrew Clark) ou maladie folliculaire de l'espace naso-pharyngien (Beverley Robinson),

Rhinorrhée strumeuse,

Coryza syphilitique,

Catarrhe sec,

Rhinite atrophique et ozène,

— caséeuse,

— diphthérique,

— hypertrophique.

Quant à cette dernière, l'auteur pense qu'elle peut se terminer par la rhinite atrophique. A ce chapitre est annexée l'étude des kystes des fosses nasales et du naso-pharynx.

Dans un autre chapitre, les polypes du nez, l'épistaxis, les corps étrangers, les rhinolithes et les larves de mouches (Peenash dans l'Inde) sont successivement étudiés.

Les ulcérations de la muqueuse sont examinées dans huit sections :

Ulcères érosifs syphilitiques,

— lupoïdes,

— eczémateux,

— suite des fièvres,

— suite de la morve,

— suite du scorbut,

**Ulcères dus à la parésie de la 5<sup>e</sup> paire,  
— tuberculeux.**

L'étude des végétations adénoïdes forme un bon chapitre.

L'auteur consacre ensuite quelques pages à la nécrose et à la carie et mentionne l'opération de Rouge (de Lausanne) dans l'ozène.

Dans un chapitre suivant, les maladies des sinus sont bien exposées.

Puis vient la description des maladies de la peau du nez : herpès, eczéma, acné, lupus érythémateux (article du Dr Robert Leveing), rhinosclérose, etc.

Les diverses tumeurs, le traitement des blessures, fractures et luxations des os du nez suivis de malformations et mutilations sont exposées ensuite avec diverses opérations rhinoplastiques.

Dans les derniers chapitres, Spencer Watson expose succinctement les désordres fonctionnels de l'odorat : dysosphrésie, anosmie, parosmie, parosmie métamorphique, hyperosmie ; puis les réflexes d'origine nasale, les névroses du nez (éternuements, chorée, névralgie, paralysie de la 5<sup>e</sup> paire, toux nasale), enfin les complications mentales dues aux maladies du nez.

L'ouvrage se termine par un article sur les maladies de l'oreille et leurs relations avec les maladies du nez et du nasopharynx, dû au Dr Cumberbatch.

En résumé, l'ouvrage de Spencer Watson forme un manuel très pratique et où la sémiologie et le diagnostic différentiel des maladies du nez sont savamment étudiées. A ce titre il sera, comme nous le disions en commençant, toujours consulté avec fruit.

Dr HAMON DU FOUGERAY.

**De la faculté d'organisation de la membrane de la coquille de l'œuf et de son emploi pour la transplantation, par HAUG RUDOLF, de Munich. (Thèse, Munich, 1889.)**

L'auteur décrit les nombreuses recherches qu'il a faites au sujet de la transplantation de la membrane de l'œuf de poule. Celles-ci ont consisté :

1<sup>o</sup> En la transplantation sur la perforation de la membrane du tympan chez l'homme, d'après l'ancienne méthode de Berthold et celle de l'auteur ;

2° En la transplantation sur des plaies, chez l'homme et les animaux, d'après les deux méthodes sus-indiquées ;

3° Enfin, dans l'implantation de cette membrane chez des cobayes et des lapins dans une poche formée par incision de la peau du front, suivie de l'examen microscopique des modifications produites après des laps de temps variables.

Il résulte de toutes ces expériences que si l'on applique sur la perforation avivée de la membrane du tympan ou sur une plaie la face intérieure de la membrane de l'œuf, il n'y a dans les cas les plus favorables qu'une agglutination d'une solidité relative. Il en est autrement si l'on applique la face tournée du côté de la coquille. Ici il y a imbibition par les liquides des tissus voisins, immigration de leucocytes dans la membrane de l'œuf, prolifération directe du tissu dans cette dernière, qui se vascularise, et finalement la membrane cesse d'exister comme telle ou se transforme en tissu connectif, en perdant une partie de ses vaisseaux.

Il résulte de là, au point de vue pratique, que la membrane fraîche de la coquille de l'œuf de poule peut être employée avec succès, d'après ces principes, comme élément de transplantation. En particulier, c'est le meilleur moyen d'obtenir une fermeture permanente de perforations persistantes sèches de la membrane du tympan, quand la perforation est petite ou de grandeur moyenne.

A. JOLY.

---

#### PRESSE ÉTRANGÈRE

---

**Du traitement boriqué des suppurations chroniques de l'oreille et d'une nouvelle combinaison boriquée, par le Dr MAX JÄNICKE, de Görlitz. (Archiv f. Ohrenh., vol. XXXII, 4<sup>e</sup> livr.)**

Parmi les antiseptiques employés contre les otorrhées chroniques, c'est l'acide borique en solution ou en poudre qui s'est jusqu'ici le mieux comporté. Il est certain que dans des cas déterminés il arrête très rapidement l'otorrhée chronique. Malheureusement, ces cas ne sont pas très fréquents. Les conditions pour l'emploi de la poudre d'acide borique sont une grande

perforation de la membrane du tympan et une sécrétion peu abondante de la muqueuse de la caisse.

Mais même dans les cas réalisant ces conditions, on obtient rarement un résultat bien marqué. Cela tient, d'après l'auteur, à la faible action antiséptique ou, pour mieux dire, à la faible solubilité de l'acide borique et à l'impossibilité de faire pénétrer la substance pulvérisée dans toutes les anfractuosités de la cavité tympanique.

Pour mettre en contact d'une manière uniforme la muqueuse de la caisse avec le remède, il faut donc l'employer en solution. Mais la solubilité de l'acide borique dans l'eau à la température ordinaire n'est que de 4 0/0, et ce sont des solutions à 4 0/0 ou moins concentrées que l'on emploie généralement et qui donnent des résultats insuffisants.

Or, l'acide borique ne tue pas les bactéries; son action antiséptique consiste à peu près uniquement en sa propriété d'empêcher le développement et la multiplication des germes. Il en résulte évidemment qu'il ne peut avoir un effet curatif qu'en agissant d'une manière durable et en concentration suffisante sur les parties malades. Une solution à 4 0/0 injectée une ou même plusieurs fois par jour ne réalise pas ces conditions. Il faudrait renouveler l'injection à chaque instant, ce qui, en pratique, est inexécutable.

Des solutions saturées à la température du sang seraient plus actives; elles contiennent environ 7 1/2 0/0 d'acide borique, mais encore faudrait-il les injecter toutes les deux ou trois heures. L'auteur ne les a pas essayées. Il a trouvé une combinaison borique ayant, comme l'acide borique, la propriété d'empêcher le développement des germes, mais beaucoup plus soluble et par suite beaucoup plus active. Cette combinaison s'obtient en chauffant parties égales d'acide borique, de borax et d'eau. Elle cristallise par le refroidissement et ne présente ni réaction acide comme l'acide borique, ni réaction alcaline comme le borax. A la température ordinaire, sa solubilité est d'environ 46 0/0, mais à 100° elle est presque illimitée. Ce sel possède la propriété précieuse de ne pas être précipité immédiatement par le refroidissement, de telle sorte qu'on peut introduire dans la caisse des solutions à 50 0/0 et au delà.

Cette combinaison, que l'auteur désigne sous le nom de borate neutre de soude, peut donc être introduite dans l'oreille moyenne en quantité suffisante pour assurer l'antisepsie d'une manière durable, de telle sorte qu'il suffit en général de l'ap-

plier une fois par jour. Seulement, dans le cas d'une suppuration très profuse, l'application devrait être plus fréquente.

Comme l'acide borique, ce sel a le grand avantage de ne pas provoquer d'irritation, même en solution à 50 0/0 ; on constate, au contraire, une atténuation des phénomènes inflammatoires, contrairement à ce qui se passe avec les autres antiséptiques.

L'auteur a employé le borate de soude pendant six mois dans toutes les suppurations chroniques de l'oreille moyenne et dans l'otite externe purulente. Le mode d'emploi était le suivant : Après avoir nettoyé l'oreille à fond à l'aide d'un lavage à l'eau tiède et avoir enlevé éventuellement les polypes et granulations, le conduit auditif était séché avec du coton ; puis la solution, fraîchement préparée et refroidie à la température du sang, était versée dans le méat et poussée dans l'oreille moyenne en appuyant fortement le tragus à plusieurs reprises sur la paroi postérieure du conduit auditif. Le liquide était ensuite laissé encore une demi-minute à deux minutes dans l'oreille ; puis on enlevait avec du coton la partie restée dans le méat, et on introduisait un morceau de gaze.

Pour préparer la solution, on prend une pointe de couteau (environ un fort demi-gramme) de la substance, que l'on place dans un petit verre à réactif ; on ajoute quelques gouttes d'eau à l'aide d'une pipette, de façon à former une bouillie, et on porte à l'ébullition. La poudre se dissout rapidement ; on plonge alors le verre dans de l'eau froide jusqu'à ce que le contenu ait pris la température du sang, et on verse immédiatement dans l'oreille.

Les résultats obtenus sont remarquables :

Six cas d'otite externe purulente ont été guéris dans un laps de temps variant de quatre jours à deux semaines. Dans deux des cas, la suppuration existait depuis plusieurs années.

Sur 44 cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, 27 ont été guéris en quelques jours ou quelques semaines ; dans 7 cas la suppuration a cessé, mais la muqueuse est restée humide et un peu rouge ; dans 3 cas d'otorrhée fétide avec petite perforation au-dessus de la courte apophyse, le résultat a naturellement été négatif, par suite de l'impossibilité d'introduire le remède en quantité suffisante. Dans 4 cas avec carie, l'auteur a pu modifier heureusement la suppuration. Enfin 3 cas n'ont pu être suivis.

Ces résultats nous paraissent propres à appeler l'attention sur le nouveau remède, qui joint une grande efficacité à une innocuité complète.

D<sup>r</sup> A. JOLY.

**Contribution à l'histologie du limaçon et plus spécialement de la strie vasculaire, par le Dr L. KATZ (de Berlin). (Arch. f. Ohrenh., vol. XXI, 1<sup>er</sup> fasc.)**

La paroi externe de la rampe du limaçon est formée par un stroma triangulaire de tissu conjonctif, dont la base est reliée de la façon la plus intime avec le périoste de la paroi osseuse du limaçon; c'est ce que Kölliker a désigné sous le nom de ligament spiral. Il n'est pas douteux que ce ligament ait la plus grande importance, au point de vue physiologique, pour la tension des fibres de la membrane basilaire.

L'auteur s'occupe spécialement de la partie qui confine directement à l'endolymph, c'est-à-dire du revêtement épithéial dont la partie supérieure porte le nom de strie vasculaire de Corti, limitée en haut par le point d'insertion de la membrane de Reissner, en bas par la proéminence spirale.

Elle n'est figurée dans les traités d'anatomie que par une bande sombre, plus ou moins étroite, où l'on ne peut pas distinguer les limites des cellules, mais où l'on voit une série de coupes généralement transversales de vaisseaux sanguins et un certain nombre de noyaux.

La question à élucider était celle-ci : A-t-on affaire ici à un épithélioma vasculaire, — ce qui est rare, car le tissu épithéial provenant du feuillet externe de l'embryon est à peu près caractérisé par l'absence de vaisseaux sanguins, — ou bien s'agit-il d'un mélange d'épithélium et de tissu conjonctif accompagnant les vaisseaux ? Dans ce dernier cas, la formation n'aurait rien d'anormal.

Les auteurs n'étant pas d'accord à ce sujet, le Dr L. Katz s'est livré à des recherches personnelles pour reconnaître la forme des cellules épithéliales, leur disposition et leurs rapports avec les vaisseaux. Il a fait macérer des limaçons de lapins dans la solution alcoolique de Ranyier ou dans une solution d'acide osmique à 1/8 0/0. Il les portait ensuite dans l'eau ordinaire. Au bout de huit jours environ, il a pu détacher en entier assez facilement la strie de la paroi. Après l'avoir désagréée, il a trouvé des épithélia assez élevés, présentant des formes très remarquables, les uns en forme de champignon ou de marteau avec le noyau à la partie supérieure, les autres parfaitement cylindriques, plus rarement triangulaires. Ces formes sont certainement dues à la pression des vaisseaux passant entre les cellules.

Le protoplasma de la cellule présente une *structure nettement fibrillaire*; il envoie des *prolongements en forme de balai* sur les côtés et en bas. L'auteur n'a pu trouver que des traces de tissu conjonctif dans la strie chez l'animal adulte. Les épithélia s'attachent latéralement par leurs appendices comme un *glouterou*. En bas, ces filaments protoplasmatisques vont se perdre dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Mais c'est chez la souris que la structure de la strie vasculaire, complètement développée, présente les rapports les plus instructifs. La coupe montre les cellules épithéliales à bandes fibrillaires disposées en forme de palissade, généralement en une seule rangée, avec le noyau généralement dans la partie supérieure de la cellule; les prolongements protoplasmatisques inférieurs se rendent dans le tissu conjonctif réticulaire sous-jacent et paraissent participer à la formation de la membrane limite, riche en noyaux et livrant passage à la lymphe. Les cellules situées en dessous des épithélia ne sont pas, d'après l'auteur, des cellules épithélioïdes ou de véritables cellules épithéliales, comme quelques-uns l'admettent, mais des cellules de tissu conjonctif ou aussi des cellules lymphatiques. Bien que les vaisseaux soient recouverts directement par les épithélia et courent entre ceux-ci, on ne peut pas dire que la strie vasculaire, considérée dans son ensemble, constitue un épithélium vasculaire, parce que sa partie inférieure contient certainement encore un peu de tissu conjonctif réticulaire.

Voici en résumé les conclusions de l'auteur :

Dans l'organe ayant atteint son plein développement, la strie a tout à fait l'aspect d'un épithélium vasculaire, mais elle ne l'est pas, car la limite inférieure n'est pas nette: — elle ressemble à une membrane de tissu conjonctif, riche en noyaux, provenant d'un *réseau conjonctif rempli de lymphe*, — ce qui se voit de la façon la plus évidente chez les embryons approchant de la maturité et chez les jeunes animaux.

Nous renvoyons au travail original pour les figures illustrant le texte.

DR A. JOLY.

**L'ouverture de l'apophyse mastoïde par le conduit auditif externe peut-elle être regardée comme ayant la même valeur que les autres méthodes employées?** par le DR HESSLER. (Arch. f. Ohr., vol. XXI, 4<sup>e</sup> livr.)

L'auteur commence par passer en revue les diverses méthodes employées pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde.

La plus usuelle et la plus ancienne est celle de Schwartze. La couche corticale étant saine, on choisit pour pratiquer l'ouverture de l'os le point qui conduit par la voie la plus courte à l'antre mastoïdien. L'ouverture de la couche corticale doit être aussi grande que possible pour permettre d'enlever facilement tous les produits pathologiques. La fistule est maintenue par une cheville de plomb jusqu'à ce que la suppuration de l'oreille soit à peu près complètement arrêtée. La durée moyenne du traitement consécutif est d'un à trois mois dans les cas aigus, de neuf à dix mois dans les cas chroniques.

Wolf propose, après avoir détaché les parties molles, d'enlever couche par couche, sur une largeur de 3 à 4 millimètres, la paroi osseuse intermédiaire entre l'antre et le conduit auditif externe, comme si l'on voulait simplement prolonger celui-ci en arrière.

D'après Küster, dans les affections primitives de l'oreille moyenne, il faut enlever radicalement la paroi postérieure du conduit auditif osseux. Si une partie de la membrane du tympan et des osselets est conservée, on ouvre le conduit auditif latéralement, aussi près que possible de la membrane; puis on introduit un drain dans le méat, dont l'une des extrémités ressort par la plaie, l'autre par l'oreille externe. Mais si la caisse est remplie de granulations, si la membrane du tympan et les osselets sont détruits complètement ou en grande partie, on cherche à pénétrer jusque dans l'oreille moyenne pour enlever tous les produits pathologiques avec la curette tranchante sous le contrôle de l'œil. On place un drain ou on tamponne avec la gaze iodoformique. Les irrigations méthodiques sont inutiles, car la suppuration est en général légère après l'opération. La durée de la guérison jusqu'à ce que toute suppuration ait disparu est en moyenne d'un à deux mois, quelquefois un peu plus longue, au maximum de 7 mois.

V. Bergmann, dans deux cas, a ouvert directement la caisse. Il faisait une longue incision en forme de croissant, partant d'en haut et en avant et se dirigeant en bas et en arrière, autour du pavillon, et il détachait partout le périoste du méat. Il pénétrait ensuite au-dessous de la ligne temporale, avec un ciseau étroit, à travers la couche osseuse assez puissante qui est située entre le toit du méat et la limite inférieure et latérale de la fosse moyenne du crâne, jusqu'à la bordure osseuse de la membrane du tympan, sans ouvrir la cavité crânienne. Puis il dirigeait le ciseau plus loin, en arrière, vers l'apophyse mastoïde, pour pé-

nétrer de là obliquement dans la portion tympanique formant la paroi postérieure du conduit auditif osseux. Il évite sûrement de pénétrer trop profondément et même d'entamer le canal de Fallope. On pratique ensuite le tamponnement avec la gaze iodoformique. Au bout de deux jours, il pousse jusqu'au fond de la caisse un drain de grosseur décroissante.

Telles sont les quatre méthodes d'ouverture de l'apophyse mastoïde que l'auteur examine. Toutes ont donné des guérisons. Il en résulte que le procédé peut varier suivant les conditions anatomo-pathologiques des diverses affections.

La méthode de Wolf, rarement pratiquée jusqu'ici, passe généralement pour difficile, à cause du champ rétréci de l'opération. Elle est indiquée : 1<sup>o</sup> pour l'ablation sous-périostale d'exostoses et hyperostoses du méat; 2<sup>o</sup> dans la carie du méat en haut et en arrière; 3<sup>o</sup> quand le sinus transverse s'avance tellement dans le champ de l'opération, qu'il ne reste une place pour le ciseau que juste devant la paroi postérieure du conduit auditif.

La méthode de Küster pour le traitement de la suppuration de l'oreille moyenne n'est pas à l'abri de tout reproche.

Celle de Schwartze donne des résultats extrêmement favorables dans les cas aigus, mais dans les cas chroniques elle n'enlève pas tous les produits pathologiques et ne constitue qu'un début du traitement consécutif. Or, d'après l'auteur, toute opération doit conduire directement à la guérison.

Mais en combinant la méthode de Schwartze avec celle de V. Bergmann, on a un procédé qui répond à toutes les exigences des médecins auristes et des chirurgiens : guérison rapide et définitive de l'affection osseuse et de la suppuration d'oreille, enlèvement de tous les tissus pathologiques, et cela sans grandes difficultés techniques et sans danger pour le nerf facial, les canaux semi-circulaires et le cerveau. Toute opération est commencée par la méthode de Schwartze, et on s'en tient à celle-ci quand la carie est limitée à l'apophyse mastoïde et à l'antre. Mais si elle s'étend plus loin en avant, entre les lames de l'écailler du temporal, il faut avoir recours à la méthode de V. Bergmann, enlever la couche corticale en dessous du périoste et pénétrer directement avec le ciseau au fond de l'oreille moyenne. L'auteur a appliqué ce procédé avec succès.

D<sup>r</sup> A. JOLY.

**Un deuxième cas de lésion du bulbe de la veine jugulaire interne dans la paracentèse de la membrane du tympan,** par le Dr HILDEBRANDT, assistant de la policlinique du professeur TRAUTMANN, de Berlin. (*Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXX, 3<sup>e</sup> livr.)

Le premier cas analogue à celui-ci a été observé dans la clinique du professeur Schwartze et décrit par le Dr Ludwig. Nous donnons un résumé de celui-ci, à cause de la rareté des observations de ce genre et pour appeler l'attention des médecins sur la possibilité d'un accident de ce genre en pratiquant la paracentèse de la membrane du tympan.

Marie L., quatre ans, après une nuit agitée, se plaint subitement de douleurs dans l'oreille droite. La membrane du tympan est terne, rouge et bombée dans le quadrant postéro-inférieur. On pratique une large incision dans la membrane. Aussitôt un courant de sang noir de la grosseur du petit doigt jaillit de l'oreille. On fait immédiatement le tamponnement et la perte de sang ne dépasse pas 100 centimètres cubes environ. L'hémorragie s'arrête, il n'y a pas écoulement de sang par la trompe.

La nuit suivante fut paisible, le lendemain la douleur avait complètement disparu. Au bout de deux jours on enleva le tampon. L'incision était guérie. Forte rétraction du marteau et saillie du pli postérieur. La couleur de la membrane est gris perle dans le segment antérieur. Dans le quadrant postéro-inférieur il y a une proéminence rouge bleutâtre d'à peu près la grosseur d'un pois, empiétant sur le quadrant antéro-inférieur. Cette grosseur varie dans certaines limites.

Ce qui prouve bien qu'il s'agissait réellement du bulbe de la veine jugulaire, c'est qu'en appuyant un peu fortement sur la veine jugulaire interne, du côté droit du cou, le reflet lumineux du segment antéro-inférieur changeait de forme, puis reprenait sa forme primitive quand la pression cessait.

La blessure n'eut pas de suites fâcheuses pour la patiente. L'auteur fait remarquer, en terminant, que les veines du côté droit de la face, notamment la jugulaire externe, la faciale antérieure et la faciale postérieure, étaient plus grosses et plus pleines que les vaisseaux correspondants du côté gauche. La patiente a été rachitique et en porte encore actuellement les traces aux articulations et au crâne.

Dr A. JOLY.

**Compte rendu annuel de la clinique universitaire de Halle, du 1<sup>er</sup> avril 1889 au 31 mars 1890, par le Dr LUDWIG, médecin assistant. (Arch. f. Ohr., vol. XXXI, 1<sup>re</sup> livr.)**

Nous continuons à relever dans ce compte rendu les cas les plus intéressants.

*Suppuration chronique avec carie du rocher des deux côtés, lupus du nez, tuberculose universelle.* — On avait affaire ici à un cas exquis de tuberculose de l'oreille moyenne, manifestation partielle d'une tuberculose générale véritablement effrayante.

La maladie avait commencé par un lupus du nez qui résista à tout traitement. Comme second symptôme, passé d'abord inaperçu, il se forma, un an et demi plus tard, une nodosité tuberculeuse sur la face dorsale du pouce droit.

Puis les deux caisses du tympan furent atteintes presque simultanément par la tuberculose sans qu'il y eût eu transmission *ex contigo*; la muqueuse de l'espace naso-pharyngien et les orifices pharyngiens des trompes sont restés indemnes. Cette affection tuberculeuse de l'oreille survint lentement, sans phase aiguë initiale, présentant le tableau typique d'une maladie tuberculeuse de l'oreille moyenne. Ce n'est qu'au bout de quelques semaines que la rétention du pus provoqua des douleurs. Après destruction de la muqueuse, l'os fut atteint à son tour. Aucune opération ne put arrêter la carie. Malgré une large ouverture de l'antre et des irrigations journalières, il se forma dans le cou des abcès par congestion, en même temps que l'audition diminuait progressivement.

La carie atteignit ensuite le canal facial. La paralysie du nerf survint à peu près en même temps des deux côtés; des maux de tête d'une grande violence, accompagnés d'une forte fièvre, marquèrent le début de la méninrite tuberculeuse.

Les symptômes du côté des poumons ne se montrèrent que très tardivement; alors l'appétit disparut et les forces diminuèrent. L'autopsie compléta le tableau d'une tuberculose universelle: le foie, la rate, les reins, les intestins et les vertèbres renfermaient des nodosités tuberculeuses.

*Suppuration chronique avec polypes et carie à droite.* — C'est là le seul cas de mort résultant d'une opération depuis l'entrée de l'auteur à la clinique de Halle, il y a trois ans. La structure anatomique anormale du temporal (la fosse moyenne du crâne descendait bien au-dessous de la ligne temporaire)

fut la seule cause de la pénétration dans la cavité crânienne du ciseau poussé dans la direction habituelle. La dure-mère fut perforée par le ciseau ou par la sonde introduite ensuite et l'écorce cérébrale fut entamée. Bien que la plaie n'eût pas été infectée, il y eut issue fatale au milieu de symptômes méningitiques qui ne peuvent s'expliquer que par la lésion de la substance cérébrale. On n'a pas trouvé la moindre trace de suppuration à l'intérieur de la cavité crânienne, et le contenu du ventricule ne montre aucune altération; par suite, la cause véritable de la mort est restée obscure.

*Suppuration aiguë de l'oreille moyenne avec carie et méningite.* — Le patient était entré dans la clinique déjà atteint d'une méningite, la suite l'a prouvé d'une manière indubitable. Mais il était impossible au premier examen de porter le diagnostic d'une méningite et il n'y avait pas de temps à perdre. L'opération pouvait être encore utile et ne pouvait nuire dans aucun cas, aussi eut-on recours au ciseau sans grand espoir.

L'intervention venait trop tard, mais dans les cas douteux le professeur Schwartz n'est pas arrêté par la crainte de « gâter sa statistique ». Sa décision a déjà sauvé bien des malades, et un seul de ces cas serait une excuse suffisante pour dix autres où l'opération arriverait trop tardivement.

*Suppuration chronique à gauche avec carie et polypes. Pyémie.* — Le malade a longtemps souffert de pyémie; pendant près de cinq semaines, il eut une fièvre pyémique rémittente, montant à des températures colossales qui tombaient presque toujours, le matin, à la température normale. Il se développa finalement une inflammation métastasique péri-articulaire de l'articulation de l'épaule des deux côtés et un abcès musculaire énorme de l'avant-bras gauche, qui fut ouvert avant la mort. L'appétit se maintint presque jusqu'au dernier moment; le malade insistait pour avoir une forte nourriture, et il but jusqu'à la fin son litre de vin tous les jours avec grand plaisir. Dans les tout derniers temps la nutrition fut atteinte, par suite probablement d'un décubitus sanieux considérable de la région sacrée.

A l'autopsie on trouva à l'extrémité de la corne postérieure du ventricule latéral gauche un abcès à peu près du volume d'une noisette, qui devait être de date récente, peut être de la dernière semaine, car il n'y avait encore aucune trace d'encapsulation. Pas de méningite de la base. Il s'agissait d'un cas de phlébite de sinus pure, d'une destruction purulente du thrombus

formé dans le sinus transverse à la suite de la suppuration chronique de l'oreille moyenne.

L'auteur donne à la fin de son travail un tableau des opérations de l'apophyse mastoïde faites dans l'année. 53 malades ont été opérés, 3 des deux côtés, de sorte que le nombre total des opérations est de 62. Pour le tableau donnant le résultat de ces opérations, nous renvoyons au texte allemand.

Dr A. JOLY.

**De la fosse jugulaire et des déhiscences du plancher de la caisse**, par le Dr OTTO KÖRNER, de Francfort-sur-Main. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXX, 3<sup>e</sup> fasc.)

Les déhiscences de la cloison osseuse qui sépare la caisse de la fosse jugulaire ont été plusieurs fois décrites, notamment par Toynbee, V. Trötsch, Zuckerkandl et autres. Elles sont parfois congénitales, mais elles peuvent aussi résulter d'une usure de compression, à la suite de stase dans la veine jugulaire. Elles méritent l'attention, parce qu'alors la muqueuse de la caisse arrive au contact direct de la veine et qu'une maladie de la muqueuse peut se transmettre à la paroi vasculaire et entraîner une hémorragie ou une pyémie. L'observation rapportée plus haut et celle de Schwartze montrent aussi que la veine jugulaire peut être ouverte en faisant la paracentèse de la membrane du tympan. L'étude des déhiscences du plancher de la caisse a donc un intérêt pratique.

On sait depuis longtemps que la fosse jugulaire peut avoir sur un même crâne une grandeur très différente des deux côtés et pénétrer plus ou moins profondément dans l'os. Ces différences sont dues à la grosseur variable des deux jugulaires. Dans la plupart des cas le sinus transverse est plus fort à droite qu'à gauche. Rudinger a trouvé aussi qu'en moyenne la fosse jugulaire est plus large et plus profonde du côté droit. Par suite, la cloison osseuse qui la sépare de la caisse doit être aussi plus mince et présenter plus souvent des déhiscences. C'est, en effet, ce que l'auteur a constaté. Il a examiné 449 crânes et a trouvé la fosse jugulaire :

76 fois de mêmes largeur et profondeur des deux côtés;

264 fois plus large et plus profonde à droite;

109 fois plus large et plus profonde à gauche.

30 crânes présentaient des déhiscences, 22 fois à droite, 8 fois à gauche.

Outre ces déhiscences, quand la cloison osseuse est très

mince on trouve assez souvent des trous, probablement vasculaires, pas plus gros qu'une piqûre d'aiguille, parfois en grand nombre, de telle sorte que la lame osseuse ressemble à un crible. Ce sont de véritables petites déhisrences. L'auteur les a observées sur 23 crânes ; 12 fois à droite, 7 fois à gauche et 4 fois des deux côtés.

Parfois des canalicules vasculaires courent dans la paroi osseuse, non plus normalement, mais obliquement, et la paroi se trouve ouverte d'un côté. Si la cloison est très mince, le conduit peut être ouvert des deux côtés et former une déhiscence en forme de fente.

Dans des cas rares, il y a de grandes cavités dans l'os qui séparent la caisse de la fosse jugulaire. Ces cavités peuvent être ouvertes des deux côtés et mettre en communication la caisse et la fosse jugulaire.

Ces constatations anatomiques permettent d'expliquer pourquoi les suppurations de l'oreille droite ont plus souvent une issue fatale que celles de l'oreille gauche. Dr A. JOLY.

**Des maladies de l'oreille dans le tabes dorsalis, par TREITEL,  
de Berlin. (Zeitschr. f. Ohr., vol. XX, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> n<sup>os</sup>.)**

Les recherches récentes de l'auteur confirment que les troubles du côté de l'oreille n'existent que dans un petit nombre des cas de tabes dorsalis. Sur 20 tabétiques il en a trouvé 5 se plaignant de dureté de l'ouïe, et chez 3 d'entre eux ce n'était qu'une complication accidentelle ; l'un des patients souffrait, en outre, de bruits subjectifs sans lésion apparente de l'oreille. Dans les deux cas restants il existait indubitablement une surdité nerveuse ; c'est ce qui résultait de la forte réduction de la portée de l'ouïe pour le langage, de la diminution de la perception par les os pour les sons du diapason et la montre, et de la perception des notes élevées. Il y avait, en outre, selon toutes probabilités, une sclérose de l'oreille moyenne, car dans un cas on constatait des anomalies graves de la membrane du tympan ; et chez les deux malades l'expérience de Rinne, tout en donnant un résultat positif, était d'une très courte durée ; en outre, le bruit d'auscultation dans le cathétérisme avait une forte résonance, et la douche d'air produisait une légère amélioration de l'ouïe.

L'auteur serait disposé à admettre des troubles trophiques développés dans l'oreille moyenne à la suite du tabes. On n'est autorisé à conclure à une relation entre la surdité éventuelle

et l'affection de la moelle épinière, que si le trouble de l'ouïe ne s'observe qu'après le début apparent du tabes et si une maladie de l'oreille n'existe pas auparavant, en admettant, bien entendu, que le résultat de l'exploration de l'oreille ne soit pas en contradiction avec les commémoratifs.

DR A. JOLY.

**Mots pour l'épreuve de l'ouïe et leur valeur diagnostique différentielle**, par O. WOLF, de Francfort-sur-Mein. (*Zeitschr. f. Ohr.*, vol. XX, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> fasc.)

L'auteur divise les mots choisis pour l'épreuve de l'ouïe en trois groupes, suivant les consonnes à son propre qu'ils renferment.

Le premier groupe comprend S fort et aigu, Sch et G mous, ainsi que F faible et aigu. Dans les affections de l'appareil conducteur du son, la perception des consonnes sifflantes aiguës est généralement affaiblie. F, qui par suite de son peu de force est déjà à peine saisi par l'oreille normale, est mal entendu dans des maladies très diverses. Cependant sa non-perception peut indiquer une maladie isolée de quelques fibres du limacon, par exemple une hémorragie, quand il n'est pas perçu au voisinage immédiat de l'oreille, tandis que d'autres consonnes encore plus faibles sont entendues.

Le deuxième groupe de mots contient des consonnes explosives de hauteur moyenne, B, K et T. Elles sont relativement bien entendues même des personnes dures d'oreille et ne donnent que rarement lieu à des confusions.

Enfin le troisième groupe comprend les sons bas et faibles, R de la pointe de la langue et U (*ou*) murmuré. Les patients dont la membrane du tympan est perforée entendent fréquemment F au lieu de R. Si ces sons les plus bas sont relativement mal perçus, l'appareil de transmission du son étant intact, on peut conclure à une maladie du labyrinthe, en tenant compte toutefois d'autres facteurs, notamment de l'étiologie de la maladie. Par exemple, l'auteur a observé l'absence de perception de R lingual et U (*ou*) murmuré, à la suite du typhus et d'autres maladies épuisantes, à la suite de couches se succédant rapidement et d'une lactation trop prolongée, dans la paramétrite chronique, l'anémie et la chlorose des femmes, les affections du système nerveux sympathique.

DR A. JOLY.

**Recherches histologiques et bactériologiques sur les affections de l'oreille moyenne dans les différentes formes de la diphthérie, par Moos. (Zeitschr. f. Ohr., vol. XX, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> livr.)**

Les recherches de l'auteur portent sur 6 rochers de 10 enfants âgés de deux à sept ans. 3 avaient succombé à une diphthérie pharyngienne primitive, 3 à une diphthérie scarlatineuse. La durée de la maladie jusqu'à la mort a été de deux à dix-huit jours.

A l'examen histologique l'auteur a constaté l'absence de toute suppuration dans l'oreille moyenne. L'affection était caractérisée surtout par une mortification partielle de l'épithélium, une large infiltration de la muqueuse par des cellules migratrices polymorphes et par la nécrose des vaisseaux sanguins et de l'os.

Ces modifications étaient dues à la présence de microrganismes, microcoques et streptocoques, arrivés dans le tissu par la surface libre de la muqueuse ou les fentes plasmatiques de la substance conjonctive, ou introduits par le sang. Dans tous ces points, on put reconnaître les deux microrganismes, soit isolés, soit combinés ; soit à l'état libre, soit emprisonnés dans des éléments cellulaires.

Dans la muqueuse de la caisse, les altérations étaient surtout accusées dans la partie postérieure, le plancher de la caisse, la paroi labyrinthique et les niches. En ces points l'épithélium était mortifié, les vaisseaux sanguins gonflés de sang, leurs parois nécrosées en partie. Il en était résulté des hémorragies plus ou moins fortes. On voyait, en outre, un réseau à mailles plus ou moins larges de fibres fibrineuses, allant de la couche sous-épithéliale de la muqueuse au périoste ; les mailles de ce réseau étaient infiltrées de leucocytes, de cellules migratrices fortement granuleuses, des formes les plus diverses et en partie aussi de cellules à plusieurs noyaux. Plus loin ces tissus cellulaires se transforment en cellules granuleuses géantes ou sont détruits rapidement, ou bien subissent une dégénérescence hyaline ou une métamorphose colloïde en même temps que les tissus voisins.

Les parties de la muqueuse de la caisse voisines de la périphérie postérieure et antérieure de la membrane du tympan, avaient un épithélium intact ; par contre, sur cet épithélium et dans la couche sous-épithéliale il y avait une forte infiltration de cellules migratrices, en même temps qu'un réseau fibrineux délicat, recouvert en grande partie par ces cellules. L'affection

ne montrait pas de tendance à s'étendre plus loin, on ne voyait pas non plus le moindre indice d'une formation de pus. Dans un seul cas, où une pseudo-membrane s'était formée sur la muqueuse de la paroi labyrinthique, on trouva dans le pourtour les signes d'une réaction inflammatoire purulente.

Déjà à partir du deuxième jour l'os de la paroi interne de la caisse présentait les altérations les plus diverses : destruction du périoste, raréfaction du tissu osseux voisin, destruction des corpuscules osseux ; finalement, la nécrose s'étendait profondément dans toutes les directions dans le canal facial, dans le vestibule, dans les canaux semi-circulaires et jusqu'au ligament spiral.

Sur les muscles internes de l'oreille, tenseur du tympan et stapédius, on observait les effets de la thrombose vasculaire et de l'immigration directe des microrganismes. Il y avait eu nécrose des vaisseaux musculaires, hémorragies parenchymateuses plus ou moins étendues, dégénérescence colloïde ou ciroïde des fibrilles musculaires avec décomposition granuleuse et prolifération du tissu conjonctif interfibrillaire.

De plus, on constatait la présence de microcoques dans presque tous les éléments des tissus. Ils avaient pénétré dans les nerfs du plexus tympanique, dans le tronc du nerf facial et du nerf acoustique et avaient amené une multiplication des noyaux, ainsi qu'une destruction finale de la moelle et de toutes les fibres nerveuses.

La trompe d'Eustache ne montrait souvent qu'une infiltration celluleuse de la muqueuse ; dans d'autres cas, il y avait mortification de l'épithélium et des cellules glandulaires. Dans un cas on constata la nécrose de la trompe membrano-cartilagineuse avec immigration abondante de microcoques par les fentes plasmatiques du tissu conjonctif qui va de la muqueuse pharyngienne à la sous-muqueuse entre les parties cartilagineuses médianes.

A la fin de son travail, Moos rappelle l'opinion des divers auteurs au sujet des microrganismes intervenant dans la diphthérie. Il appelle l'attention sur ce fait que, dans ses cas où il s'agit de diphthérie primitive et de diphthérie scarlatineuse, il a trouvé, en somme, dans l'oreille moyenne, des altérations de même genre que celles produites par l'immigration de microrganismes similaires. La diphthérie septique paraît se distinguer des autres formes par un plus grand nombre et une plus grande extension des microcoques et, par suite, par une

plus grande intensité du processus morbide. Le bacille diphthérique de Klebs-Löffler ne se dissémine pas dans l'organisme; les complications éventuelles sont dues à une infection secondaire par des microcoques en chaîne ou en grappe. Dr A. JOLY.

**Le diagnostic différentiel et le pronostic du bourdonnement d'oreilles (bruits dans la tête et les oreilles), par MACNAUGHTON JONES. (The Lancet, n° 3533, mai 1891.)**

L'auteur étudie dans un travail intéressant et méthodique, mais qui ne se prête pas à l'analyse, les diverses formes et catégories de bourdonnements, en fait une classification et indique leur pronostic d'après leur nature.

GARNAULT.

**Deux cas d'affection de l'oreille moyenne compliquée de thrombose et de suppuration du sinus latéral, avec signes de pyémie, traités avec succès, par MAKINS. (The Lancet, n° 3536, juin 1891.)**

Deux cas de ce genre, l'un aigu avec destruction du tissu osseux de l'apophyse mastoïde, l'autre chronique avec ostéite condensante de cette région, qui présentaient les symptômes indiqués dans ce titre furent traités par Makins. Dans le premier cas, à la suite de symptômes généraux et locaux indiquant l'envahissement des sinus, on fit une large trépanation de l'apophyse mastoïde et on alla à la recherche de la veine jugulaire interne pour la lier; on ne put la rencontrer, mais on put faire pénétrer par la base du crâne, au point qu'elle occupe d'ordinaire, une sonde, puis un drain. L'auteur pense que la veine avait été détruite par la suppuration. Le malade guérit.

Dans le second cas, la trépanation de l'apophyse rendue difficile par l'état de l'os fut faite à plusieurs reprises, et on tomba sur un sinus sigmoïde envahi par le pus. Ce sinus fut ouvert après section préalable de la veine jugulaire interne entre deux ligatures et on maintint un drain dans l'apophyse. Guérison. Makins recommande d'une façon tout à fait particulière, la ligature de la veine jugulaire interne avant toute intervention sur les sinus, dans les cas où ceux-ci sont atteints par l'inflammation purulente.

GARNAULT.

**Influenza compliquée d'affection de l'oreille dans l'Afrique centrale, par JOHN BOWIE. (The Lancet, n° 3541, juillet 1891.)**

L'auteur a observé que dans l'épidémie d'influenza qui a

sévi dans l'Afrique centrale, les malades ont été souvent atteints d'affections auriculaires de forme variable. A Blantyre, sur 150 malades, 30 ont été dans ce cas. Le fait est intéressant en raison de l'excessive rareté des affections auriculaires chez les individus qui composent ces peuplades. M. Bowie pense que la raison de cette quasi immunité doit être trouvée dans la rareté des affections de la gorge du catarrhe pharyngien et des amygdalites. Il nous paraît que la sélection peut expliquer aussi la rareté d'une affection qui mettrait ceux qui la portent et qui ont toujours vécu de la vie sauvage dans des conditions d'infériorité telles que l'existence leur serait impossible. GARNAUT.

**De l'otorrhée; ses causes, ses conséquences et son traitement,**  
par MARMADUKE. (*The Lancet*, n° 3543, 25 juillet 1891.)

Leçon faite par Marmaduke, assez bien composée et bien présentée, mais dans laquelle on ne trouve rien de bien saillant ni de bien neuf. GARNAUT.

**Papillome du repli ary-épiglottique,** par SEMON et SCHATTOCK.  
(*The Lancet*, n° 3534, mai 1891.)

Ces auteurs présentent à la Société pathologique de Londres une pièce anatomique très curieuse. Semon enleva une tumeur diagnostiquée angiome du larynx par Masséi, qui semblait partir du sinus piriforme gauche et dont l'aspect justifiait absolument le diagnostic du savant italien. Après l'ablation, on constata qu'il s'agissait d'un papillome complètement entouré par une coque de sang extravasé. Cette observation est très importante, en raison du point d'origine anormal du papillome, de la production d'une hémorragie dans une tumeur de ce genre, qui constitue un fait nouveau, et surtout de la formation d'une poche sanguine autour d'une tumeur dont elle dissimulait la nature.

GARNAUT.

**Miroirs laryngiens concaves,** par RAYNER D. BATTEN.  
(*The Lancet*, n° 3544, juillet 1891.)

L'auteur a fait construire chez Mayer et Melker (à Londres) des miroirs laryngiens concaves. Il pense que ces miroirs doivent avoir une concavité très faible. Ceux de 7-8 pouces de distance focale lui ont donné les meilleurs résultats. On arrive avec ces instruments à éclairer très vivement le larynx, et on obtient des images amplifiées (1/3 en diamètre). A condition

de n'employer que des instruments à distance focale suffisamment longue les images laryngiennes sont très nettes et ne présentent pas de déformation, mais dans tous les cas les parties inférieures de la trachée et sa bifurcation apparaissent peu distinctes.

GARNAULT.

**Miroirs laryngiens concaves**, par CRESWELL BABER.

(*The Lancet*, n° 3543, 25 juillet 1891.)

L'auteur, répondant à une communication faite précédemment dans le même journal par Batten, rappelle que de nombreux auteurs, parmi lesquels Mackenzie, Solis Cohen, Voltolini, Werthenin et Türek, se sont servis déjà de ces instruments, qui furent trouvés bons par les uns, repoussés par les autres.

GARNAULT.

**Un cas rare de polype nasal**, par MARMADUKE SHEILD.

(*The Lancet*, n° 3540, juillet 1891.)

L'auteur eut l'occasion d'enlever à une femme âgée un polype du nez qui lui parut être un polype myxomateux ordinaire et pédiculé; l'ablation fut suivie d'une abondante hémorragie; malheureusement l'analyse histologique n'en fut pas faite. La tumeur se régénéra rapidement, les fragments enlevés dans une seconde opération présentaient les caractères d'une tumeur maligne, et dans une troisième intervention, on constata, après avoir ouvert le nez que la tumeur remplissait l'antre et sortait par son orifice. L'auteur fait remarquer que l'on doit avoir toujours l'esprit en éveil lorsqu'on voit sur des malades âgés une tumeur se développer et se régénérer rapidement, et lorsque les opérations que l'on fait sur elle donnent lieu à un écoulement de sang abondant. L'observation serait infiniment plus intéressante si l'on avait fait l'étude histologique du premier fragment enlevé, et si l'auteur avait démontré le rapport qu'il y avait entre ce fragment et la tumeur qui sortait de l'antre.

GARNAULT.

**Un cas de sarcome sous-parotidien et rétro-pharyngien; opération, guérison**, par JAMES WILSON. (*The Lancet*, n° 3539, juin 1891.)

Un malade âgé de 36 ans fut atteint d'une tumeur située dans le rétro-pharynx; il fut opéré après trachéotomie préalable. L'incision fut conduite le long du bord antérieur du sterno-

clido-mastoïdien, la tumeur enlevée, et la guérison suivit bientôt. Le malade, opéré il y a 14 mois, est en bonne santé. GARNAUT.

**Un cas d'angine de Ludwig**, par ARNALL JONES. (*The Lancet*, n° 3536, juin 1891.)

Dans un cas d'angine extrêmement grave, l'auteur a obtenu un soulagement très rapide surtout au moyen d'incisions profondes faites dans la région du cou et qu'il considère comme constituant le traitement propre de ces sortes d'angines.

GARNAUT.

**Éthérisation dans le croup**, par le Dr BETZ. (*The Lancet*, n° 3533, mai 1891.)

Le Dr Betz préconise l'emploi, dans le croup, lorsqu'on ne pourra faire la trachéotomie ou le tubage, d'inhalations composées de 3 parties d'éther sulfurique, de 1 partie d'éther acétique et de 1/10<sup>e</sup> de menthol. Ces inhalations doivent être intermittentes, renouvelées toutes les demi-heures, pendant six heures environ.

GARNAUT.

**Traitemennt des ulcérations de la gorge dans la fièvre scarlatine et la diphtérie par irrigation**, par MANNING. (*Lancet*, n° 3530, avril 1891.)

L'auteur fait ces injections dont il a obtenu le meilleur résultat, en poussant dans la gorge avec une seringue de l'eau à 105°F dans laquelle il a mis une quantité qu'il n'indique pas d'acide borique dissous dans la glycérine (4 parties d'acide pour 3 de glycérine). Ces injections agréables à supporter sont très bien acceptées par les enfants. 1,500 cas ont été traités par cette méthode que Manning croit supérieure à toutes les autres.

GARNAUT.

**Lupus de la bouche, du pharynx et du larynx**, par GILBERT BARLING. (*The Lancet*, n° 3539, juin 1891.)

Ces lésions sont, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit associées au lupus de la peau; il y a cependant un grand intérêt pratique à les reconnaître, car lorsqu'on traite le lupus de la peau par la tuberculine, on peut se trouver subitement, par suite de la réaction, en présence de troubles aussi graves qu'inattendus du côté de ces organes. L'auteur estime, d'après ces

observations, que la coexistence de lésions lupiques de tous ces organes ou de l'un d'eux avec le lupus de la peau se produit 10 à 20 fois pour 100. Les femmes lui paraissent plus atteintes que les hommes. L'auteur décrit ces lésions lupiques spéciales, moins variables que celles de la peau; elles attaquent le cartilage, mais ne perforent pas les os, progressent lentement, se cicatrisent parfois d'elles-mêmes, mais ne paraissent pas influencées par l'acide lactique ou les toniques généraux. L'hypothèse d'Hutchinson que le lupus serait causé par le froid ne peut être admise pour le lupus des muqueuses. On devrait plutôt songer à une infection par continuité de tissus. Cependant les observations de l'auteur, à part une, sembleraient plaider contre cette manière de voir. Les injections de tuberculine agiraient aussi favorablement sur le lupus des muqueuses que sur le lupus de la peau et déterminent, une réaction analogue à celle de la tuberculose laryngée, bien que la tendance à la nécrose soit moins rapide que dans cette affection.

GARNAULT.

**Des crises bulbaires de paralysie diphtériique se présentant chez les enfants, par GUTHRIE. (*The Lancet*, n° 3529 et 3530, avril 1891.)**

Le Dr Guthrie appelle l'attention sur des phénomènes paralytiques très graves qui se développent consécutivement à la diphthérie et auxquels il a donné le nom de paralysie bulbaire. Les symptômes, qui se produisent généralement dans la deuxième semaine sont les suivants: tristesse et apathie, nasonnement; respiration irrégulière et ressemblant à un gémissement; toux faible, peu bruyante, avec accumulation de mucus dans les voies aériennes et pouls rapide. La crise consiste en un accès soudain de paralysie des muscles de la déglutition, en aphonie et en dyspnée alarmante. Le diaphragme est souvent paralysé, la salive et le mucus s'accumulent dans les voies aériennes; il y a une élévation soudaine de la température et du nombre des pulsations. Il se produit d'abondants vomissements, à la suite desquels l'état du malade s'améliore souvent; mais les attaques reviennent facilement et la mort peut survenir par épuisement, syncope, thrombose cardiaque et même à la suite de la suffocation. Le Dr Guthrie pense que cet état est produit par une toxémie qui agit sur les noyaux bulbaires, dans lesquels l'examen histologique n'a montré cependant aucune altération.

Guthrie recommande le repos absolu dans le décubitus dor-

sal, une nourriture abondante et substantielle, les toniques, les stimulants. Pendant les crises, on administrera de la nourriture déjà digérée, au moyen d'un tube introduit soit par la voie nasale, soit par la voie rectale. Guthrie recommande beaucoup les injections hypodermiques de strychnine et d'atropine, et fait remarquer que la teinture de belladone est inactive. On doit entourer les malades des soins les plus assidus, et ne pas leur permettre de se lever pendant les six premières semaines qui suivent l'apparition des symptômes de paralysie. GARNAUT.

**Injections de strychnine dans la paralysie diptéritique,**  
par ROZENZ. (*The Lancet*, n° 3532, mai 1891.)

L'auteur a obtenu les meilleurs résultats dans les paralysies du voile du palais consécutives à la diptéritie, par des injections hypodermiques de strychnine, à la dose de 2 ou 3 milligrammes faites quotidiennement dans la région du cou. GARNAUT.

**Note sur un cas heureux d'œsophagotomie pour enlever un dentier encastré dans l'œsophage depuis cinq ans et neuf mois, par WILLOUGHBY FURNER.** (*The Lancet*, n° 3531, 1891.)

Ce cas présente de l'intérêt en raison de la nature du corps étranger, et surtout en raison de la date éloignée de l'accident.

GARNAUT.

**Valeur de la langue au point de vue de la respiration,** par ELBOROUGH SCATLIFF. (*The Lancet*, n° 3534, mai 1891.)

L'auteur recommande, lorsqu'il fait froid, de respirer par la bouche en même temps que par le nez. Il faut préalablement relever la langue de telle sorte que l'air, passant par cet espace rétréci, se charge d'humidité, tandis que sa température s'élève. On évite ainsi le passage d'une trop grande masse d'air froid par les fosses nasales et les inconvénients qui en peuvent résulter.

GARNAUT.

**La valeur de la langue dans la respiration,** par SMITH. (*The Lancet*, n° 3535, mai 1891.)

L'auteur s'élève contre l'opinion émise dernièrement dans *The Lancet* par Elborough Scatliff sur le rôle de la langue dans la respiration. Il s'appuie sur les nombreuses recherches physiologiques qui ont été faites, sur ses études pathologiques et

sur ce qui se passe chez les animaux, pour affirmer que le nez est la véritable voie par laquelle l'air doit pénétrer dans la respiration.

GARNAULT.

---

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

---

### ALLEMAGNE et AUTRICHE

#### Nez.

De la rhinoplastie, par Beesi (*Int. klin. Rundschau*, 19 mai 1890).

Traitemenr des affections du nez par l'aristol, par Hughes (*Deuts. med. Woch.*, 8 mai 1890).

Aristol dans le traitement de la syphilis naso-pharyngienne, par Schuster (*Monats. f. Dermat.*, n° 6, 1890).

Empyème de l'antre d'Highmore. Relation de 26 cas observés à la clinique du Dr Michelson, de Königsberg, par Calman Bloch (*Dissert. inaug. Königsberg*, 1890).

Über einen Fall von Rhinoplastik mittelst eines ohne Umklappung herabgezogenen Hautknochenlappens. Un cas de rhinoplastie, par J. Wolff (*Berl. klin. Woch.*, 16 et 23 juin 1890).

Über ein Befestigungs-instrument für das Voltolini'sche Nasenspeculum Instrument pour maintenir le spéculum nasal de Voltolini, par T.-S. Flatau (*Berl. klin. Woch.*, 23 juin 1890).

L'emploi de la pyocanine dans le traitement des maladies du nez et du pharynx, par M. Bresgen (in *Deuts. med. Woch.*, n° 24, 1890; in *Sect. de far.* du congrès de Berlin, août 1890).

Die Verbiegungen der Nasenscheidewand und ihre Behandlung. Les scolioses de la cloison nasale et leur traitement, par L. Réthi (*Wiener klin. Woch.*, 3, 17, 24 et 30 juillet 1890).

Über Verkrümmung der Wirbelsäule bei obstruierenden Nasenleiden. Des déviations de la colonne vertébrale dans les obstructions nasales, par C. Ziem (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai 1890).

Thérapeutique de l'ozène, par W. Meyjes (*Monats. f. Ohrenheilk.*, juin 1890).

Knollige Hypertrophie der Nasenhaut. Hypertrophie tuberculeuse de la membrane pituitaire, par Weinlechner (*Soc. I. R. des méd. de Vienne*, séance du 27 juin; in *All. Wiener med. Zeit.*, 8 juillet 1890).

Polypo nasal chez un enfant de moins d'un an, par Heymann (*Soc. de laryng. de Berlin*; in *Deutsch. med. Zeit.*, 23 juillet 1890).

Sarcome naso-pharyngien, par Heymann et B. Frankel (*Soc. de laryng. de Berlin*; in *Deutsch. med. Zeit.*, juillet 1890).

Sur une nouvelle méthode de redressement de la cloison, par Sandmann (*Soc. de laryng. de Berlin*; in *Deutsch. med. Zeit.*, 14 juillet 1890).

De l'ulcère perforant de la cloison nasale. Etude anatomique et clinique, par Hajek (*Int. klin. Rundsch.*, 22 juin 1890).

Contribution à l'étude de l'empyème de l'antre d'Highmore, par G. Schütz (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., juillet, août, septembre et novembre 1890).

Ueber den Nachweis der Naseneiterung im Allgemeinen Bemerkungen über die sogenannte Tornwaldt'sche Krankheit. De la nature de l'inflammation nasale en général. Remarques sur la maladie de Tornwaldt, par C. Ziem (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., juillet 1890).

Traitemennt de l'ozène simple par l'aristol, par Löwenstein (*Int. klin. Rundschau*, n° 20, 1890).

Fentes sagittales de l'extrémité postérieure des deux cornets inférieurs, par J. Killian (*Monatschr. f. Ohrenh.*, etc., août 1890).

Rhinite atrophique, par Seifert (Sect. de laryng. du congrès internat. de Berlin, août 1890).

De l'ozène, par M. Berliner (Section de laryng. congrès internat. de Berlin, août 1890).

Étiologie de l'ozène, par G. Rosenfeld (Sect. de laryng. congrès internat. de Berlin, août 1890).

Valeur de l'éclairage par transparence pour le diagnostic de l'empyème des sinus frontaux et de l'antre d'Highmore, par Vohsen (Sect. de laryng. et rinol. congrès internat. de Berlin; in *Berl. klin. Woch.*, 17 novembre 1890).

Préparations de tumeurs de l'antre d'Highmore, par Heymann (Section de laryng. et rinol. congrès internat. de Berlin, août 1890).

Déviations et crêtes de la cloison nasale, par E.-J. Moure et A. Hartmann (Section de lar. et rinol. congrès de Berlin, août 1890).

Abcès de la cloison nasale, avec déformation consécutive du nez, par A. Gougenheim (Sect. de lar. et rinol. congrès de Berlin, août 1890).

Causes de perforation de la cloison nasale, par Teplitz (Sect. de lar. et rinol. congrès de Berlin, août 1890).

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges, par Luc et Dubief (Section de méd. intern., congrès de Berlin, août 1890).

Hystérie nasale, par Marcel (Congrès internat. de méd. de Berlin, août 1890).

Mélanosarcome du nez, par Michael (Sect. de laryng. congrès de Berlin, août 1890).

Application des méthodes aseptique et antiseptique à la chirurgie nasale, par Roe (Sect. de laryng. congrès de Berlin, août 1890).

Instruments pour opérer les déviations de la cloison nasale, par W. Chapman Jarvis (Sect. de lar. congrès de Berlin, 1890).

Les végétations adénoïdes, par Brébion (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890).

À propos de l'éclairage de l'antre d'Highmore, par Ziem (*Berl. klin. Woch.*, 8 septembre 1890).

Sur le massage local de la membrane muqueuse du nez de l'arrière-cavité des fosses nasale et du pharynx, par M. Braun (Sect. de lar. du congrès de Berlin, août 1890).

Diagnostic et traitement des affections des cavités voisines du nez, par Mac Bride, traduction allemande de O. Chiari (*Wiener klin. Woch.*, 18 septembre 1890).

Anatomie normale et pathologique du nez, par A. Hartmann (Atlas de 12 planches photographiques chez Fischer, Berlin, 1890).

De l'empyème du sinus maxillaire, par Wiele (*Corresp. Blatt. d. Sächs. Ärztl. Kreis. un. Bezirk.*, n° 11, 1890).

De l'eczéma du nez, par Troplowitz (*Dissert. inaug. Wurzburg*, 1890).

Etude du rhinosclérome, par Lutz (*Monats. f. prakt. Derm.*, n° 2, 1890).

Un cas rare de malformation du nez, recherches sur les déviations nasales, par Landow (*Deutsch. Zeit. f. Chir.*, n° 6, 1890).

Nouvelles communications sur l'emploi de la pyocyanine (Methyl violet) pour le traitement des affections du nez et de la gorge, par M. Bresgen (*Therap. Monatshefte*, octobre 1890).

Wie ist der, besonders bei Schulkindern, infolge gewisser Nasen und Rachenkrankheiten beobachteten Gedanken und Geisteschwäche am besten und wirks amsten entgegenzutreten? Quel est en particulier chez les enfants des écoles le meilleur moyen de remédier à la faiblesse de mémoire et d'esprit qui survient à la suite d'affections nasales et pharyngées. Réponse de M. Bresgen (*Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege*, n° 10, 1890).

Contributions à la thérapeutique des maladies, du nez, du pharynx et du larynx, par E. Löri (*Algem. Wiener med. Zeit.*, 4 novembre 1890).

Über den Zusammenhang der nasalen Lymphbahnen mit dem Subarachnoidealraum. Sur la relation des voies lymphatiques nasales avec l'espace sous-arachnoïdien, par T. S. Flatau (*Deutsch. med. Woch.*, n° 44, 1890).

Sur la tuberculeuse de la muqueuse nasale, par Fr. Hahn (*Deutsch. med. Woch.*, n° 23, 1890).

Zur Frage der Durchleuchtung der Oberkieferhöhle bei Empyem, derselben. De la question de l'éclairage de l'antre d'Highmore en cas d'empyème, par Srebrny (*Berl. klin. Woch.*, 17 novembre 1890).

Relations entre le bégayement et les affections nasales, par E. Winkler (*Wiener med. Woch.*, n° 43 et 44, 1890).

Méthode simple pour l'extirpation des polypes du nez, par C. Flatt (*Wiener med. Presse*, n° 46, 1890).

Un cas de dermatomyomes multiples du nez, par H. Hess (*Virchow's Archiv*, Bd 120, 1890).

Coincidences des affections nerveuses avec les maladies du nez, par Onodi (*Int. klin. Rundschau*, 12 octobre 1890).

Etiologie et pathologie du rhinosclérome, par A. Pawlowsky (*Prager med. Woch.*, n° 46, 1890).

Diagnostic et traitement des affections des sinus du nez à l'exception du sinus maxillaire, par M. Schaeffer (*Deutsch. med. Woch.*, 9 octobre 1890).

Des abcès de la cloison nasale chez les enfants, par Schaeffer (*Int. klin. Rundsch.*, 9 novembre 1890).

Diagnostic et traitement des affections des sinus du nez, par Schech (Congrès de Berlin; in *Münch. med. Woch.*, 14 octobre 1890).

Über Vibrationsmassage der Nasen und Rachenhöhlen Schleimhaut. Du massage vibratoire de la muqueuse des cavités nasale et pharyngée, par E. Höflinger (*Altg. Wiener med. Zeit.*, 2, 9 et 16 décembre 1890).

Une méthode simple pour l'ablation des polypes du nez, par Kurz (*Wiener med. Presse*, n° 44, 1890).

Die Trockenbehandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Le traitement sec du nez et des cavités voisines, par M. Bresgen (*Berl. klin. Woch.*, 29 septembre 1890).

Casuistique du papillome dur du nez, par M. Kahn (*Wiener klin. Woch.*, 4 décembre 1890).

L'acide trichloracétique contre les affections du nez et du pharynx, par L. Rethi (*Wiener med. Presse*, 26 octobre 1890).

Précautions à observer dans les cautérisations intra-nasales et pharyngées, par A. Maggiore et G. Gradenigo (*Centr. f. Bakter. u. Parasitenk.*, 13 novembre 1890).

Das Ulcus septum nasi perforans. L'ulcère perforant de la cloison du nez, par J. Dietrich (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, novembre 1890).

Über den Zusammenhang gewisser Hals und Nasenleiden mit Stottern.

De la relation des affections certaines de la gorge et du nez avec le bégayement, par R. Kafemann (*Med. pädag. Monatschr. f. die gesammte Sprachheilkunde*, janvier 1890).

Über Nasenrachenpolypen und ihre Behandlung, ohne Prähilaropexie.

ration. Sur les polypes naso-pharyngiens et leur traitement sans opération préliminaire, par M. Migge (*Dissertation inaug. Koenigsberg, 1891*).

Zur Kenntniss des Baues der Regio olfactoria. Sur la connaissance de la structure de la région olfactive, par S.-S. Preobraschensky (*Wiener klin. Woch.*, 12 février 1890).

Un cas de lupus du nez, de la muqueuse et du voile du palais, de la gencive et de la langue, traité par la méthode de Koch, par H. Krause (*Soc. de med. int. de Berlin*, 16 février 1891).

Sur l'aprosodie nasale, par Seifert (*Phys. med. Gesellsch. zu Würzburg*, 1<sup>er</sup> janvier; in *Wiener klin. Woch.*, 12 mars 1891).

Heilung eines grossen » typischen » Nasenrachenpolypen. Guérison d'un polyte naso-pharyngien typique de grande taille, par Hansberg (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, février et mars 1891).

De la pyocyanine dans les suppurations des sinus frontaux, par Cholewa (*Therap. Monatsh.*, mars 1891).

Embryons d'oxyures dans le nez, par Proskauer (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XXI, h. 3, u. 4).

Respiration par le nez et par la bouche, par R. Kayser (*Archiv. f. gesammte Physiol.*, v. LVII, p. 543).

Über einen Fall von Rhinoplastik bei Sattelnase. Sur un cas de rhinoplastie pour le nez en selle, par J. Wolff (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin*, 8 décembre 1890; in *Berl. klin. Woch.*, 20 avril 1891).

Extraction einer abgebrochenen Irrigationscanule aus der Kieferhöhle. Extraction d'une sonde à irrigation brisée de l'antre d'Highmore, par Ziem (*Berl. klin. Woch.*, 27 avril 1891).

Opération de polypes naso-pharyngiens, par Baracz (*Centralblatt. f. Chir.*, 18 avril 1891).

Ein neuer Meissel und neue scharfe Löffel für die Nase, sowie ein neues Tretgebläse mit Luftreinigungskapsel. Un nouveau ciseau et une nouvelle cuillère tranchante pour le nez, ainsi qu'une nouvelle pédale avec une capsule pour purifier l'air, par M. Bresgen (*Deuts. med. Woch.*, n° 16, 1891).

Über das Näseln. Sur le nasillement, par A. Gutzmann (*Med. Pädag. Monatschr. f. d. gesam. Sprachheilk.*, mai 1891).

Über kystopneumatische Entartung der mittleren Nasenmuschel. Sur la transformation cystopneumatique du cornet moyen, par H. Zwillinger (*Wiener klin. Woch.*, 7 mai 1891).

Présentation d'un cas de lupus des deux ailes du nez, par Herzfeld (*Berl. med. Gesellsch.*, 15 avril; in *Berl. klin. Woch.*, 11 mai 1891).

Ein Fall von Zweitheilung im vorderen Theil der mittleren Muschel. Un cas de partage en deux de la partie antérieure du cornet moyen, par W.-P. Meyjes (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, mars 1891).

Cas de parosmie, par A. Onodi (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, mars 1891).

### Pharynx et Varia.

Kurze Mittheilung über die Wirkung des Bromoforms bei Keuchhusten. Courte note sur l'action du bromoforme dans la coqueluche, par H. Löwenthal (*Berl. klin. Woch.*, 9 juillet 1890).

La résorcine dans la diphtérie, par Andeer (*Allg. med. cent. Zeit.*, 7 juin 1890).

Gaumenhalter mit elastischem Zug. Relève-luette avec un tirant élastique, par Hopmann (*Monatschr. f. Ohrenh., etc.*, mai 1890).

Bericht über chinesische Behandlungsweise der Halsdiphtheritis von A. G. Worderman. Exposé du traitement chinois de la diphtérie pharyngée, d'après A.-G. Worderman, par O. Liebreich (*Therap. Monatshefte*, juin 1890).

Sarcome de la voûte palatine, par Landgraf (*Soc. de laryng. de Berlin*, mai 1890).

Jahres-Bericht über Dr. P. Michelson's Ambulatorium für Hals, Nasen und Hautkrankheit. Rapport sur la consultation externe des maladies du cou, du nez et de la peau, du Dr. Michelson, de Königsberg, du 1<sup>er</sup> mai 1889 au 1<sup>er</sup> mai 1890 (Imp. Erlatis, Königsberg, 1890).

Prophylaxie de la diphtérie, par Roux et Caillé (Congrès intern. de Berlin, août 1890).

Physiologie pathologique du corps thyroïde, par Biondi (Sect. de chirurgie du congrès int. de Berlin, août 1890).

Le traitement de la diphtérie en Amérique, par Jacobi (Congrès int. de Berlin, août 1890).

La diphtérie en Danemark, par J. Carlsen (Congrès internat. de Berlin, août 1890).

Des altérations histologiques des organes dans la diphtérie, par Babes (Section de pathol. gén. et anat. pathol. congrès internat. de Berlin, août 1890).

Deux cas de tumeurs anormales du pharynx, par Capart (Sect. de laryng. congrès de Berlin, août 1890).

L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et son traitement, par W. Mendenbach (*Dissert. inaug.*, Strasbourg, 1890).

Welche Massregeln erscheinen gegen die Verbreitung der Diphterie geboten? Quelles sont les mesures prophylactiques à prendre contre la diphtérie? par F. Loeffler (Sect. d'hygiène du congrès de Berlin; in *Berl. klin. Woch.*, 29 septembre et 6 octobre 1890).

Exfoliation superficielle de la langue, par Michelson (*Verein f. wissenschaftl. Heilkunde*, Königsberg, 2 juin; in *Berl. klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Symptomatologie de la maladie de Basedow, par Kast (*Wandersammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte, Baden-Baden*, 8 juin; in *Berl. klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Nouvelles recherches sur l'étiologie de la diphtérie, par Klein (*Cent. f. Bakter.*, n° 17, 1890).

Remarques sur le travail de Klein sur l'étiologie de la diphtérie, par Loeffler (*Cent. f. Bakter.*, n° 17, 1890).

De l'autoplastie des fentes et fissures du voile du palais sans suture des muscles, par Wolff (*Cent. f. Chir.*, 21 juin 1890).

Remarques sur le travail de Poelchen sur l'anatomie de la muqueuse pharyngienne, par G. Ziem (*Arch. f. path. Anat.*, n° 3, 1890).

De l'inflammation aiguë de la bourse pharyngée, par Zwillinger (*Pest. med. Presse*, n° 10, 1890).

Procédé d'uranoplastie par abaissement et rotation de la cloison nasale, par Sabatier (Section de chir. du congrès de Berlin, août 1890).

Nouveau procédé d'extirpation de la langue, par Rubio (Section de chir. du congrès de Berlin, août 1890).

Distribution et traitement du goitre en Suède, par Rosander (Sect. de chir. du congrès de Berlin, août 1890).

Anatomie chirurgicale et pathologique du goitre, par A. Wölfle (*Archiv f. klin. Chir. von Langenbeck*, fasc. 2, 1890).

Le cancer de la langue à la clinique chirurgicale de Heidelberg, de 1878 à 1888, par A. Steiner (*Beiträge z. klin. Chir. von Bruns, Czerny, Kronein und Socin*, fasc. 3, 1890).

Les opérations pour goitre à la clinique chirurgicale de Heidelberg, de 1878 à 1888, par L. Hochgesand (*Beiträge z. klin. Chir. von Bruns, etc.*, fasc. 3, 1890).

Menthol dans la diphtérie, par Wolf (*Therap. Monatshefte*, septembre 1890).

Cancer du pharynx, Pharyngotomie sous-hyoïdienne. Mort au bout de neuf mois sans récidive, par B. Laquer (*Berl. klin. Woch.*, 27 octobre 1890).

Ein Apparat zur Narkose bei eröffneten Luftwegen. Un appareil pour

la narcose des voies aériennes ouvertes, par J. Winter (*Wiener klin. Woch.*, 6 novembre 1890).

Über einige selteneren Zungenkrankheiten. Sur quelques formes rares d'affections de la langue, par P. Michelson (*Berl. klin. Woch.*, 17, 24 novembre et 1<sup>er</sup> décembre 1890).

Knöcherne Hervorwölbung der hinteren Rachenwand. De la voûture osseuse de la paroi postérieure du pharynx, par Zodek (*Berl. med. Ge-sellsch.*, 29 octobre ; in *Berl. klin. Woch.*, 17 novembre 1890).

Ueber benigne Pharynxgeschwüre. Des ulcérations bénignes du pharynx, par T. Heryng (*Int. klin. Rundschau*, 19 octobre 1890).

Maladie de Basedow consécutive à l'influenza, par Colley (*Greifswalder med. Verein*, 1<sup>er</sup> novembre ; in *Wiener klin. Woch.*, 20 novembre 1890).

Über plötzlichen Tod nach Diphtherie. De la mort subite après la diphtérie, par Pumplun (*Greifswalder med. Verein*, 1<sup>er</sup> novembre ; in *Wiener klin. Woch.*, 20 novembre 1890).

Ein Fall von Lordose der Halswirbelsäule. Un cas de lordose de la colonne vertébrale cervicale, par P. Heymann (*Berl. klin. Woch.*, 24 novembre 1890).

Recherches sur l'immunité dans la diphtérie, par Carl Frankel (*Berl. klin. Woch.*, 3 décembre 1890).

Ein Fall von Braunfärbung der Hautnach längeren Arsengebrauch bei Basedow'scher Krankheiten. Un cas de coloration brune de la peau à la suite de l'usage prolongé de l'arsenic dans la maladie de Basedow, par R. Förster (*Berl. klin. Woch.*, 8 décembre 1890).

De l'immunité dans la diphtérie et le tétonos, par Behring et Kitasato (*Deutsch. med. Woch.*, n° 49, 1890).

Un cas d'actynomycose sublinguale, par Habart (*Soc. I. R. des méd. militaires de la garnison de Vienne*, séance du 23 novembre ; in *Wiener klin. Woch.*, 18 décembre 1890).

Lymphadénite retro-pharyngée guérie par la trachéotomie, par Bokai (*Pester. med. chir. Presse*, n° 43, 1890).

Versuche über die Erreichbarkeit der Halswirbel von der Mundhöhle aus. Recherches sur la possibilité d'atteindre la vertèbre cervicale par la cavité buccale, par C. Demmo (Librairie G. Schade, Berlin, 1891).

Thérapeutique de la diphtérie, par Löffler (*Greifswalder med. Verein*, 10 janvier ; in *Wiener klin. Woch.*, 12 février 1891).

Recherches sur le bacille de la diphtérie, par Babes (*Virchow's Archiv*, Bd 119, h. 3).

Die Hypertrophie der Zungentonsille, und ihre Behandlung. L'hypertrophie de l'amygdale linguale et son traitement, par M. Schade (*Berl. klin. Woch.*, 30 mars 1891).

Recherches sur la diphtérie des pigeons, par Babes et Puscarin (*Zeitschr. f. Hygiene*, VIII, n° 3).

Recherches sur la diphtérie, par F. Tangl (*Centr. Blatt. für allg. path.*, 1<sup>er</sup> décembre 1890).

Ueber einen Fall von Extirpation eines primären Carcinoms der Tonsille. Sur un cas d'extirpation de cancer primitif de l'amygdale, par Wolff (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin*, 8 décembre 1890 ; in *Berl. klin. Woch.*, 20 avril 1891).

Technique de la pharyngotomie sous-hyoïdienne, par A. Aplavin (*Langenbeck's Archiv f. klin. Chir.*, t. XL, fasc. 1, 2, p. 324).

Sur les toxalbumines extraites du bacille diphtérique, par Wassermann et Proskauer (*Deutsch. med. Woch.*, 23 avril 1891).

Du phlegmon aigu infectieux du pharynx, par J. Samter (*Berl. klin. Woch.*, 4 mai 1891).

Présentation d'une préparation d'extirpation du pharynx, par W. Körte (*Freie Vereinigung der Chir. Berlin*, 8 décembre 1890 ; in *Berl. klin. Woch.*, 4 mai 1891).

Traitemen de la diphtérie, par A. Pulawski (*Berl. klin. Woch.*, 25 mai 1891).

Contribution à l'étude de la pathologie de la langue, par M. Joseph (*Deuts. med. Woch.*, 30 avril 1891).

Complications rares de la diphtérie, par Hahn (*Deutsch. med. Woch.*, n° 21, 1891).

Sur les paralysies diphtéritiques, par Hochhans (*Virchow's Archiv*, p. 226, 1891).

Sur le poison diphtéritique et sur son mécanisme d'action, par Oertel (*Deuts. med. Woch.*, n° 45, 1891).

Enuresis nocturna bei Mundathmern. Incontinence d'urine nocturne chez les sujets respirant par la bouche, par O. Kerner (*Centralblatt. f. klin. Med.*, 6 juin 1891).

Contribution à la pathologie de l'œsophage, par Leichtenstern (*Deutsch. med. Woch.*, n° 14 et 15, 1891).

## NOUVELLES

Par décret présidentiel du 4 septembre, le Dr Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière, directeur des *Annales*, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

*L'American Laryngological Association* s'est réunie à Washington le 22 septembre 1891. Voici la liste des communications annoncées :

1. Discours du président W.-E. Glasgow. — 2. Un cas de thyrotomie chez un enfant de 18 mois, par Clinton Wagner, de New York. — 3. Quelques modes d'emploi de la pyoctanine dans les affections des voies aériennes supérieures, par R. P. Lincoln, de New York. — 4. Troubles causés par l'enveloppement de l'épiglotte, et l'utilité de réduire le volume de ce cartilage par une opération, par C.-C. Rice, de New York. — 5. Traitement de la laryngite tuberculeuse, par D. Bryson Delavan, de New York. — 6. Différentes formes d'affections des cellules ethmoïdales, par F.-H. Bosworth, de New York. — 7. Un cas d'épithélioma du larynx, par M.-J. Asch, de New York. — 8. Déductions utiles tirées de l'étude d'un cas de rétrécissement cicatriciel du larynx, présentant une forme clinique inusitée avec présentation du cas, par W.-C. Jarvis, de New York. — 9. Papillomes du nez, par J. Wright, de Brooklyn. —

10. Un cas de corps étranger de la trachée, par W.-C. Glasgow, de Saint-Louis, Mo. — 11. L'amygdale à l'état normal et pathologique, par Harrison Allen, de Philadelphie. — 12. Observations sur la paralysie des tenseurs externes des cordes vocales, par G.-W. Major, de Montréal. — 13. Les néoplasmes laryngotrachéaux de la tuberculose, par J.-N. Mackenzie, de Baltimore. — 14. Résultat du traitement des affections des voies aériennes sur l'asthme, par F.-H. Bosworth, de New York. — 15. Étude d'un cas de tuberculose nasale, par E.-L. Shurly, de Detroit. — 16. Kyste du cornet moyen, par C.-H. Knight, de New York. — 17. Symptômes et modifications pathologiques des voies aériennes supérieures dans l'influenza, par J. Solis Cohen, de Philadelphie. — 18. Relation des troubles de la membrane muqueuse des voies aériennes supérieures avec les troubles constitutionnels, par Beverley Robinson, de New York.

---

*L'Association médicale italienne a tenu son XIV<sup>e</sup> Congrès à Sienne, du 16 au 21 août 1891 ; nous relevons dans son programme les communications intéressant les lecteurs des Annales :*

De l'angine érysipélateuse aiguë, épidémique et contagieuse à streptocoque, par C. Bernabei, de Rome. — Étiologie du croup primitif, par L. Concetti et F. Egidi, de Rome (partie clinique, par Egidi ; partie bactériologique et statistique, par Concetti). — I. La technique chirurgicale et les instruments employés pour les lésions des sinus du nez (maxillaires, frontaux, ethmoïdaux et sphénoïdaux). — II. Nouvelle contribution à la pathologie et à la chirurgie de la mastoïde provenant d'affections suppuratives de l'oreille. — III. Cas très rare de cholestéatome de l'antre mastoïdien opéré heureusement par la voie du conduit auditif. — IV. Véritable technique curative pour la diphtérie

des voies respiratoires et principes scientifiques, pratiques et cliniques, sur lesquels elle est fondée, par V. Cozzolino, de Naples. — Contribution au traitement de l'otite moyenne purulente chronique, par V. Grazzi, de Florence. — Sur la ressemblance de la syphilis et de la tuberculose laryngée, par A. Fasano, de Naples. — Le massage dans quelques affections de la gorge, par O. Masini, de Gênes. — I. Intubation du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques (présentation de tous les appareils, leurs modifications, technique opératoire). — II. 60 intubations du larynx pour le croup, comme contribution à la statistique, par Egidi, de Rome. — I. Effets de la lypme de Koch sur le larynx. — II. Physio-pathologie des muscles laryngiens. — A propos des centres corticaux laryngés. — IV. Vertige de Ménière, par G. Masini, de Gênes. — I. Sur les ulcerations pharyngées de Heryng. — II. La méthode de Liebreich, par P. Masucci, de Naples. — A propos des centres moteurs corticaux laryngés, par C. Poli et G. Masini, de Gênes. — I. Syphilis gommeuse du larynx. — II. Opération intra-tympanique, par C. Poli, de Gênes.

A l'issue de la session, la fondation d'une *Société italienne de laryngologie* a été décidée. La première réunion se tiendra à Rome en octobre 1892.

---

Parmi les communications inscrites au programme de la 64<sup>e</sup> réunion des naturalistes et médecins allemands tenue à Halle-s.-S. en septembre 1891, nous citerons :

*Section des maladies d'enfants.* — Rapport général sur le traitement de la diptérie accompagnée de sténose laryngée, par Ranke, de Munich. — Les résultats de l'intubation, par Bokai, de Budapest.

*Section de neurologie et psychiatrie.* — Anatomie pathologique de la maladie de Basedow, par Mendel, de Berlin.

*Section d'otologie.* — Sur l'accord de la réaction galvanique de l'œil et de l'oreille, par W. Kiesselbach, d'Erlangen. — Sur le danger de la ponction exploratrice du cerveau dans la pachyménингite purulente externe, par Zaufal, de Prague. — Affections de l'oreille moyenne, consécutives au lupus du nez, par O. Brieger, de Breslau. — Communication de J. Gruber, de Vienne. — Nouvelles communications sur le dégagement opératoire de la cavité de l'oreille moyenne par le décollement du pavillon, par Stache, d'Erfurt. — Communication de Reinhard, de Duisburg. — Abcès cérébral consécutif à une otite moyenne guéri par une opération, par Truckenbrod, de Hambourg. — Présentation de préparations microscopiques du labyrinthe des sourds-muets, par Katz, de Berlin.

*Section de laryngologie et rhinologie.* — Formation de kystes dans les polypes des cordes vocales, par O. Chiari, de Vienne. — Communication de Schnitzler, de Vienne. — Sur l'ansau-*gen* des ailes du nez, avec présentation d'une dilatation nasale observée par Feldbausch, par Moritz Schmidt, de Francfort-sur-Mein. — Communication de Seifert, de Würzburg. — Sur l'emploi de diverses couleurs d'aniline pour le nez, la bouche, l'oreille, par M. Bresgen, de Francfort-sur-Mein. — Enlèvement de la canule et traitement des sténoses du larynx après la trachéotomie chez les enfants, par Thost, de Hambourg. — I. Traitement électrolytique du catarrhe congestif du nez. — II. Traitement de la rhinite atrophique fétide, par Flatau, de Berlin. — Communication de Michelson, de Koenigsberg. — Traitement de la pachydermie laryngée, par Scheinmann, de Berlin.

**VIN DE CHASSAING.** — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

**BROMURE DE POTASSIUM** granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

**PHOSPHATINE FALIÈRES.** Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

**POUDRE LAXATIVE DE VICHY.** — (Poudre de séné composée) ; une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

**L'EAU DE LA BOURBOULE** est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérence.

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

---

Tuberculöse larynx geschwüre. Tumeurs tuberculeuses du larynx, par G. AVELLIS. (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 32 et 33, 1891.)

On aprosexia and headache in school-children. (Aprosexie et mal de tête chez les enfants des écoles), par GUYE. (Communication lue à la IV<sup>e</sup> section du 7<sup>e</sup> Congrès international d'hygiène et démographie, Londres, août 1891.)

Estudios clínicos sobre laringología, otología y rinología su práctica y enseñanza actual en Europa. (Études cliniques sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie, leur pratique et leur enseignement actuel en Europe, par R. BOTEY. (Extrait de la *Revista y méd. y cirugía prácticas*, Madrid, 1891.)

I. A contribution to the morphology of the human auricle. (Contribution à la morphologie du pavillon de l'oreille chez l'homme.) — II. Diagnosis, prognosis and treatment of the progressive deafness in chronic non suppurative inflammation of the middle ear. (Diagnostic, pronostic et traitement de la surdité progressive dans les inflammations chroniques non suppuratives de l'oreille moyenne, par G. GRADENIGO. (Extraits des *Archives of otology*, n° 3, 1891.)

Bulletin de la Société de médecine de Rouen (2<sup>e</sup> série, vol. IV, Rouen, 1891.)

17<sup>th</sup> annual Report of the Central London Throat, Nose and Ear Hospital. (Londres, 1891.)

A proposito di una Società italiana di otologia. Laringologia e rinologia. Lettre du professeur V. COZZOLINO au directeur du *Bollettino delle malattie dell' orecchio, gola e naso*. (Extrait du *Boll. delle mal. dell' orecchio*, etc., n° 8, 1891.)

D'une forme particulière de vertige auriculaire, par LÖWENBERG. (Extrait du *Bulletin méd.*, 26 et 30 août 1891.)

Ueber Cystenbildung in Stimmband Polypen. (Sur la formation de kystes dans les polypes des cordes vocales, par O. CHIARI. (Communication faite à la 64<sup>e</sup> réunion de la Société des naturalistes et médecins allemands à Halle-s.-S., septembre 1891.)

Sulle alterazione motorie del laringe d'origine nevropatica. (Sur les altérations motrices du larynx d'origine névropathique, par A. D'AGUANNO. (Un vol. de 95 pages; typog. G. et S. ZAPPULLA, Palerme, 1891.)

Physiologie de la voix. Dilatation de la trachée chez les chanteurs, par E. NICAISE. (Extrait de la *Revue de chir.*, août 1891.)

Ueber die Formanomalien der Ohrmuschel. (Sur les anomalies de forme du pavillon de l'oreille). Étude anthropologique, par G. GRADENIGO. (Tirage à part des *Archiv f. Ohrenh.*, Bd XXXIII, 1891.)

De l'intervention chirurgicale dans les lésions du cerveau par O. LAURENT. (Un vol. de 136 pages; H. LAMERTIN, éditeur, Bruxelles, 1891.)

Ueber den Einfluss der Tracheotomie auf Larynx Affectionen.  
(Sur l'influence de la trachéotomie sur les affections du larynx,  
par A. KUTTNER. (Tirage à part de la *Berliner klin. Woch.*,  
n° 35, 1891.)

Ueber die lokale Anwendung der Chromsäure bei syphilitischen Ulcerationem. (Sur l'application locale de l'acide chro-  
mique dans les ulcérations syphilitiques, par A. KUTTNER,  
(Tirage à part des *Therap. Monatshefte*, juin 1891.)

Un caso di rinite cosiddetta caseosa o colestè atomatosa.  
Étude critique, par G. STRAZZA. (Extra du *Boll. delle mal. dell' orecchio, gola et naso*, n° 8, 1891.)

La diagnosi e la cura dell' antro d'Highmoro, par G. STRAZZA.  
Extrait de la *Gazz. med. Lombarda*, 1891.)

Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luft-  
röhre, der Nase und des Rachens. (Leçons sur les maladies du  
larynx, de la trachée, du nez et du pharynx), par le professeur  
L. SCHRETTNER. (Fascicules IV et V, W. BRAUMULLER, éditeur,  
Vienne, 1889 et 1891).

Higiene del oido. (Hygiène de l'oreille), par V. COZZOLINO.  
Traduction espagnole de R. BOTEY. (Un vol. de 64 pages; typog.  
*la Academia*, Barcelone, 1891.)

L'intubation du larynx chez les adultes, par F. MASSEI. (Ex-  
trait de la *Rev. de lar. otol. et rhin.*, n° 14, 1891.)

Rendiconto sommario delle malattie d'orecchio, naso, gola e  
laringe osservate e curate del Dr G. FIGANO. (Extrait du *Boll.  
delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, n° 7, 1891.)

Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie et  
laryngologie (fasc. 2, DELAHAYE et LEGROSNIER, éditeurs, Paris,  
1891.)

Sulle laringo-stenosi d'origine nevropatica, par A. d'AGUANNO.  
(Extrait du *Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, n° 8,  
1891.)

Annual of the universal medical sciences, publié par C.-E.  
SAJOUS. (5 vol. in-8°; F.-A. DAVIS, éditeur, Philadelphie, 1891.)  
— Prix : 5 livres sterling.

Ueber nerven atrophie in Ohre. (Sur l'atrophie des nerfs de l'oreille interne), par HABERMANN. (Tirage à part du *Zeitschr. f. Heilk.*, Berlin, 1891.)

Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien. (Un cas de névrose de la peur avec anomalies de l'ouïe, par C.-S. FREUND et R. KAYSER. (Tirage à part de la *Deutsch. med. Woch.*, n° 31, 1891.)

Bericht über die in Kalenderjahre 1890 in der professor GOTTSSTEIN'schen privat Poliklinik für Hals, Nasen und Ohren-Krankheiten behandelten Krankheitsfälle. (Rapport sur les affections de la gorge, du nez et de l'oreille, traitées pendant l'année 1890 à la polyclinique privée du professeur GOTTSSTEIN). (Tirage à part du *Monatschr. f. Ohr.*, etc., n° 16, 1891.)

Phtisie laryngée. Revue générale, par H. CUVILLIER. (Gaz. des hôpitaux, 19 septembre 1891.)

Ueber die Erkrankungen der sogenannten Bursa pharyngea. (Affections de la bourse pharyngée), par O. CHIARI. (Tirage à part de la *Wien. klin. Woch.*, n° 40, 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

